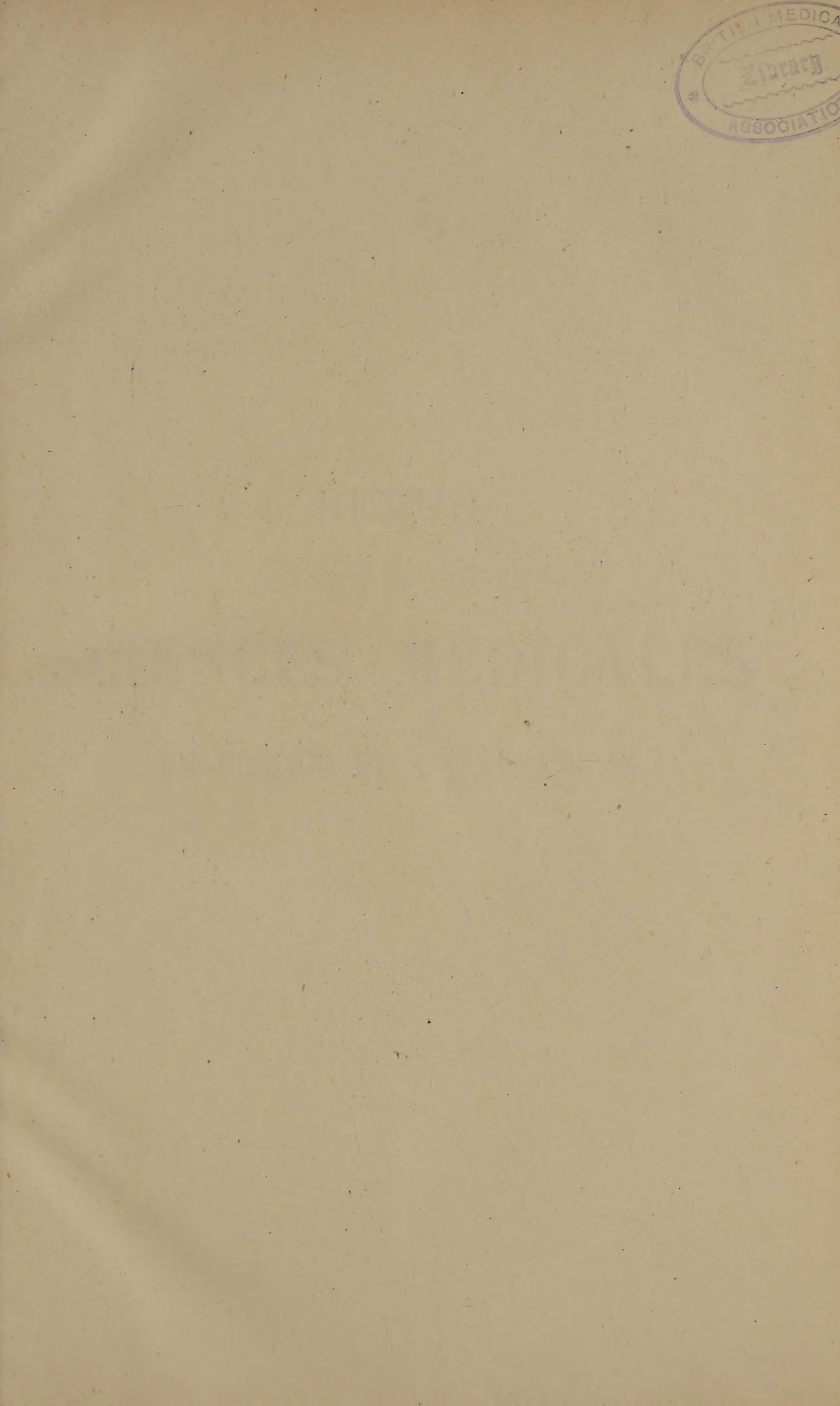



22500451070


MEDICA
Library
ASSOCIATIO



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYE

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGTIÈME ANNÉE

TOME XXXIX

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1892

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXIX



ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

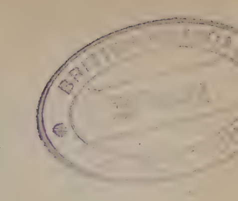
DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.



SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXIX

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Der feinere Bau des verlängerten Markes (La fine structure de la moelle allongée), par **A. KOELLIKER** (*Anatom. Anzeiger*, *n.* 14-15, 1891).

La plupart des faits observés dans la moelle par Golgi, Ramon y Cajal, Kœlliker sont encore valables pour la moelle allongée, qui présente, en outre, certaines dispositions particulières. 1° Tous les nerfs céphaliques moteurs naissent de cellules spéciales groupées elles-mêmes par noyaux, les noyaux d'origine. Ce sont ici comme dans la moelle des prolongements nerveux ou cylindraxiles qui deviennent fibres nerveuses, tandis que les prolongements ramifiés se comportent à la manière habituelle.

2° Tous les éléments sensibles et à trajet centripète des 10e, 9e, 7e et 5e paires, de même que l'acoustique ne naissent pas dans le cerveau ; les amas de substance grise que l'on considérait jusqu'ici comme des noyaux de ces nerfs n'en sont que des « stations terminales » nommées par His et l'auteur « noyaux terminaux ». Les origines réelles de ces nerfs, comme His l'a le premier montré, sont dans les ganglions (jugulaire et pétreux, des nerfs du limaçon et du vestibule, géniculé, de Gasser).

3° Dans les noyaux terminaux se terminent les fibres des nerfs sensibles par de fines ramifications qui entourent les cellules, sans s'unir à elles: ramifications complètement correspondantes à celles des racines sensibles de la moelle.

4° Certains nerfs sensibles, en entrant dans la moelle allongée, offrent des divisions de leurs fibres radiculaires de même que les racines sensibles de la moelle.

5° Sur toutes les racines sensibles se trouvent de nombreuses « collatérales », pareilles à celles que présentent les fibres radiculaires dorsales de la moelle, qui se terminent par des extrémités libres ramifiées (racine

descendante, mieux ascendante) du trijumeau, racine descendante (mieux ascendante), ou *fasciculus solitarius* du vague et du glosso-pharyngien.

6° Les éléments longitudinaux des cordons de la moelle montrent dans la moelle allongée une double disposition : les uns trouvent ici leur terminaison ; les autres poursuivent leur trajet pour atteindre des régions cérébrales plus élevées. Parmi ces derniers se trouvent : *a*) les voies pyramidales, qui par la moelle allongée, le pont et les pédoncules cérébraux vont à la capsule interne et aux hémisphères; *b*) la voie des cordons collatéraux du cervelet, qui pénètre immédiatement dans le pédoncule cérébelleux et le cervelet ; *c*) vraisemblablement certaines parties des cordons postérieurs, qui entrent de même dans le cervelet, sans se terminer auparavant dans de la substance grise ; *d*) peut-être encore des parties du faisceau fondamental des cordons antérieurs qui cheminent dans le « fascicule longitudinal dorsal » de Kœlliker ou faisceau longitudinal postérieur des auteurs.

D'autres cordons médullaires se terminent dans la moelle allongée, comme la plupart des fibres des faisceaux cunéiformes et des faisceaux grêles, dont les noyaux représentent des stations terminales, dans lesquelles les fibres se ramifient à leur terminaison de la même façon que les fibres radiculaires sensibles des nerfs céphaliques et leurs collatérales.

7° Tous les noyaux des nerfs cérébraux moteurs reçoivent des fibres des voies pyramidales qui passent soit par le raphé, soit par la substance réticulaire, et qui, dans les mouvements volontaires, transmettent à ces noyaux l'incitation cérébrale. Ces trajets centrifuges moteurs de second ordre ont pour terminaison dans les noyaux moteurs des ramifications fines et serrées.

8° Se terminent en outre dans les noyaux moteurs des fibres des trajets sensibles centripètes, émanant vraisemblablement des collatérales des racines sensibles ou de voies conductrices sensibles de second ordre, et qui s'emploient dans les actions réflexes.

9° Dans tous les amas de substance grise, qui ne sont pas directement en rapport avec les nerfs périphériques en tant que stations terminales ou noyaux d'origine, se trouvent des ramifications très ténues et des terminaisons de fibres nerveuses, qui entourent les cellules de ces amas ; ex. l'olive inférieure et ses noyaux accessoires, l'olive accessoire interne ou grand noyau pyramidal et l'olive accessoire dorsale, les noyaux pyramidaux proprement dits, les noyaux des cordons latéraux, des faisceaux grêles et cunéiformes, les noyaux protubérantiels, l'olive supérieure, le noyau trapézoïdal, le noyau dentelé du cervelet, le bouchon, le noyau sphérique et le noyau du toit, la substance noire du pédoncule cérébral, le *locus cœruleus*, les noyaux du raphé. Ces terminaisons ne manquent même pas autour des cellules plus disséminées de la substance réticulaire blanche et grise. L'origine de ces fibres est peu facile à élucider ; elles appartiennent à des trajets soit sensibles, soit moteurs de second ordre ou d'ordre plus élevé.

10° De toutes les cellules des masses grises précitées de la moelle allongée et du cervelet, de même que de toutes les stations terminales des nerfs sensibles naissent des fibres nerveuses, qui servent de conducteurs de second ordre ou d'ordre plus élevé. Ce sont les fibres en anse, que l'on doit regarder comme les voies centrales des nerfs sensi-

bles médullaires auxquelles s'adjoignent les voies centrales des nerfs sensibles céphaliques. D'autres fibres sont motrices, comme celles qui proviennent des grandes cellules de la substance réticulée et des grandes cellules de Deiters.

En résumé, tous les amas de substance grise, dans la moelle allongée comme dans la moelle, contiennent *deux sortes* de fibres nerveuses : *a*) des fibres *afférentes* (appartenant aux voies sensibles ou motrices) qui s'y terminent par des ramifications libres ; *b*) des fibres *efférentes* (motrices ou sensibles), qui naissent des cellules de ces amas.

11° Non seulement les fibres radiculaires sensibles, mais encore beaucoup de fibres des cordons de la moelle allongée, possèdent des collatérales.

12° Les cellules nerveuses de la moelle allongée appartiennent pour la plupart au type 1 de Golgi. A. PRENANT.

Contributo allo studio della circolazione cerebrale, par A. TEDESCHI (*Atti e rendiconti della academia medico-chirurgica di Perugia*, *Vol. II*, 1890, *p.* 209).

Les artères corticales du cerveau ne sont pas des artères terminales, il n'y a donc pas lieu de parler de territoires vasculaires bien distinctifs dans l'écorce célébrale. Les artères corticales du cerveau s'anastomosent avec les artères corticales du cervelet. Il y a des communications entre les artères de la base du cerveau et celles de son écorce. Il y a, pour l'écorce du cerveau comme pour sa base et en particulier pour celle-ci, des anastomoses entre les artères des deux côtés. Les artères communiquent avec les veines non seulement par l'intermédiaire des capillaires, mais encore directement, et ces communications, faciles à démontrer dans la toile choroïdienne, existent également dans la substance cérébrale. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Kreuzung der Sehnervenfasern (De l'entrecroisement des fibres du nerf optique), par DARKSCHEWITCH (*Arch. f. Ophth.*, *XXXVII*, 1).

L'auteur cherche à démontrer l'inexactitude des expériences et recherches de Michel qui est opposé à la théorie d'un entrecroisement partiel des nerfs optiques ; celui-ci aurait confondu la commissure de Forel avec la commissure sous-jacente de Meynert, et cette dernière avec celle de Güdden qui se trouve en dessous de celle-là dans une coupe frontale du chiasma. Des expériences faites sur des lapins ou des chats adultes (énucléation d'un œil) ne sont pas concluantes parce qu'elles ne donnent que des résultats négatifs. L'auteur reproche à Michel de ne pas avoir répété l'expérience de Güdden à savoir la production d'une atrophie d'une bandelette optique, en détruisant le tubercule supérieur des tubercules quadrijumeaux, le corps genouillé externe et la couche optique. Darkschewitch a remplacé cette expérience plus compliquée par la section d'une bandelette optique au moyen d'un procédé décrit dans son travail. Il a pratiqué cette opération chez un chat nouveau-né. L'animal fut tué quarante-deux jours après l'opération. En comparant les deux nerfs optiques avec ceux d'un autre chat non opéré du même âge et de la même portée, l'auteur constata que les deux nerfs optiques étaient atrophiés, celui du côté opposé plus fortement que l'autre.

A l'examen microscopique, l'auteur trouva que les deux nerfs optiques

se composaient encore de fibres nerveuses complètement normales. Cette expérience démontre, à coup sûr, un entrecroisement partiel des nerfs optiques tel qu'il a été, du reste, constaté naguère par Singer et Münzer (de Vienne). ROHMER.

Ueber Formen and Entwickelung der Pigmentzellen der Chorioïdea, par RIEKE (*Arch. f. Ophtalm.*, *XXXVII*, 1).

Au cours de recherches sur les formes des cellules pigmentaires de la choroïde sur des yeux de différents mammifères, l'auteur a constaté : 1° que tout le pigment est formé à l'intérieur des cellules ; 2° la forme des cellules pigmentaires est très variable, tantôt rondes, tantôt très ramifiées. Ces dernières prévalent dans les parties antérieures de la choroïde ; 3° la distribution des cellules suit en général le trajet des vaisseaux sanguins et les engaine des deux côtés ; 4° les amas de pigment ne sont peut-être, en partie, que des processus de cellules pigmentaires séparés, en partie des résidus de cellules dégénérées ; 5° les molécules de pigment répandues partout semblent provenir d'une destruction partielle ou totale d'anciennes cellules pigmentaires ; 6° chez quelques animaux les nouveau-nés présentent déjà une pigmentation accusée du stroma de la choroïde.

Dans une seconde partie, pour élucider l'époque du début de cellules pigmentaires dans la choroïde de l'homme ou de l'origine de leur pigment, Rieke a examiné un grand nombre d'yeux d'enfants de tout âge et de fœtus. Il a constaté que : 1° la première apparition d'une pigmentation de la choroïde humaine s'observe au septième mois fœtal ; 2° les choroïdes de tous les individus ne contiennent pas leur pigment à cette époque, mais il y a des différences individuelles énormes ; 3° on n'observe jamais que des cellules migratrices chargées de pigment se présentant dans la choroïde comme précurseurs des cellules pigmentaires. Ce sont les cellules fixes du tissu conjonctif qui produisent le pigment.

Quant au pigment même, l'auteur est d'avis qu'il ne provient pas du dehors, du sang, par exemple, mais qu'il est dû plutôt à une activité métabolique des cellules fixes du tissu conjonctif. Si le pigment provenait du sang, les cellules pigmentaires devraient, au moins au moment de la première apparition du pigment, présenter la réaction chimique du fer. Toutes les recherches de l'auteur ont donné un résultat négatif à ce point de vue.

L'auteur fait encore remarquer que c'est le pôle postérieur de l'œil, et de préférence les couches les plus externes de ce dernier, qui représentent un lieu de prédilection pour la formation des cellules pigmentaires.

ROHMER.

Ueber den Bau der Zonula... (De la structure de la zonule et de ses environs, avec remarques sur l'œil albinique), par POPALAUSKI (*Arch. f. Ophth.*, *XXXVII*, 1).

L'auteur, pour étudier la zonule, s'est servi d'un bulbe d'albinos. Il a eu l'occasion d'observer la transformation successive des cellules de l'épithélium pigmentaire de la rétine dans les cellules de l'épithélium de la partie ciliaire de la rétine.

Quant à la zonule, l'auteur a constaté qu'elle prend son origine dans l'épithélium de la partie ciliaire de la rétine, un peu en avant de l'ora serrata. La zonule se compose, au dire de l'auteur, de trois couches de fibres, une antérieure s'attachant à la cristalloïde antérieure, une moyenne ou équatoriale, s'attachant à l'équateur, et une postérieure s'attachant à la cristalloïde postérieure.

Selon Popalauski, l'origine des fibres des couches antérieures se trouve en avant de celles de la couche postérieure, sur les procès ciliaires et dans les gouttières qui séparent les procès. Ses recherches confirment celles des derniers auteurs qui ont étudié la zonule, en ce qu'elles ont démontré que les faisceaux de la zonule sont séparés par des fentes. Il n'y a donc pas de membrane zonulaire ni de canal godronné de Petit. ROHMER.

Zur Kenntnis der « Zwischenkörper » sich teilender Zellen (Sur la connaissance des « corps intercalaires » dans les cellules en division), par SOLGER (*Anat. Anzeiger*, n° 17, 1891).

Dans l'amnios du rat à la première période de la gestation, l'auteur retrouve le « corps intercalaire » décrit par Flemming chez la larve de salamandre, et considéré par lui comme représentant chez les animaux et spécialement chez les vertébrés la plaque cellulaire des plantes. La méthode de Solger comprend : fixation par la liqueur de Flemming faible, traitement intermédiaire qu'il fera connaître ultérieurement, coloration par la safranine et extraction de la couleur par l'alcool. Le corps intercalaire, situé dans le pont d'union protoplasmatique qui relie encore les cellules au stade d'activité, devient plus tard libre aux approches de l'état de repos de ces cellules. Il a une forme losangique très allongée, le plus grand axe du losange étant tendu d'une cellule à l'autre; sa coloration est plus faible que celle de la chromatine, mais plus forte que celle du protoplasme ; il peut contenir un corpuscule arrondi, fortement colorable. A. PRENANT.

Beitrag zur Lehre von der Entshehung der karyokinetischen Spindel (Contribution à l'étude de l'origine du fuseau karyokinétique), par F. HERMANN (*Arch. für mikr. Anat. XXXVII*).

Le fuseau karyokinétique prend naissance dans les spermatocytes de la salamandre de la façon suivante. Dans l'archoplasma ou sphère attractive, on voit paraître deux centrosomes qui s'écartent l'un de l'autre, réunis par un pont clair; celui-ci se transforme en un petit fuseau, environ sept fois plus petit que le fuseau définitif, aux deux pôles duquel se trouvent les centrosomes ainsi devenus corpuscules polaires. Pendant que le fuseau grandit, on voit partir de chacun de ses corpuscules polaires des irradiations fibrillaires, qui s'attachent aux éléments chromatiques du noyau, chaque élément servant d'insertion à un grand nombre de fibrilles. Les éléments chromatiques, qui s'étaient retirés dans la région du noyau opposée à l'archoplasma et au fuseau, refoulés vraisemblablement par l'irruption des courants plasmiques dans le noyau, sont maintenant amenés au voisinage du fuseau par les contractions de fibrilles qui irradient des pôles.

Ainsi le fuseau est d'origine essentiellement protoplasmique, bien que

le réseau achromatique du noyau puisse être employé accessoirement et secondairement à sa constitution. La queue du spermatozoïde a de même une origine protoplasmique dans les spermatides. Or, fuseau et queue du spermatozoïde sont remarquables tout deux par leur structure fibrillaire, à laquelle Ballowitz a donné la contractibilité comme attribut. On peut donc, en présence de ces faits, émettre des propositions générales telles que celles-ci : « toutes les fibrilles produisant la contraction proviennent du corps cellulaire » ; ou bien « tous les mouvements actifs de la cellule sont exécutés par le protoplasma ».

Le fuseau définitif se compose, comme déjà l'a décrit E. van Beneden, de deux parties : d'un fuseau central ; il dérive du fuseau formé par l'accroissement du pont de substance qui unit les deux centrosomes ; ses fibrilles vont directement et sans interruption d'un corpusculaire polaire à l'autre; — d'une écorce revêtant ce fuseau central, formée par les irradiations des fibrilles qui partent des corpuscules polaires; ces fibrilles ne vont pas d'un pôle à l'autre, mais sont interrompues au niveau de l'équateur où elles s'attachent aux éléments chromatiques; ce sont elles qui lors de la métakinèse par leur contraction attirent ces éléments vers les pôles. Le fuseau central formera plus tard les filaments connectifs ou réunissants et retournera au protoplasma, tandis que l'écorce fibrillaire perdra sa structure filamenteuse et deviendra le système archoplasmique de la cellule-fille néoformée.

Chez le protée, l'auteur a vu au milieu de la sphère archoplasmique un centrosome unique, tandis que chez la salamandre il en avait toujours trouvé deux. Ce centrosome est entouré d'un groupe numériquement fixe de filaments en anse, primitivement distincts et ne résultant nullement de la fragmentation d'un filament unique, ainsi que Platner l'a décrit chez l'escargot. A. PRENANT.

Ueber den Zusammenhang von Epithel-und Bindegewebezellen (Sur les connexions entre les cellules épithéliales et les cellules conjonctives), par SCHUBERG (*Verh. d. Deutschen Zool. Gesellschaft.*, 1 *Jahresvers.*, *Leipzig*, 1891).

L'étude de l'appareil adhésif des pelotes plantaires de la rainette montre une connexion complète entre les prolongements des cellules épithéliales profondes et ceux des cellules conjonctives superficielles, l'ensemble de ces connexions donnant lieu à une formation réticulée. Chez l'axolotl, la présence d'une épaisse membrane basale au-dessous de l'épiderme de la lèvre inférieure modifie un peu les dispositions; les cellules conjonctives anastomosées, sur lesquelles repose la membrane basale, envoient dans l'épaisseur de celle-ci des prolongements, dont les uns, tangentiels, s'anastomosent entre eux en formant un réticulum au sein de la membrane basale, les autres se dirigeant verticalement pour s'unir avec des prolongements des cellules profondes épidermiques. Chez l'ammocète, il n'y a pas au-dessous de l'épiderme de membrane basale, mais deux strates conjonctives ; la plus superficielle est de nature fibreuse avec cellules interposées aux fibres; l'autre est formée par un tissu conjonctif lâche dont les éléments sous-jacents à la couche précédente forment une sorte d'assise épithéliale et envoient à travers la couche fibreuse des prolongements qui s'anastomosent, les uns avec les cellules de cette couche, les autres avec la base des cellules épidermi-

ques. L'existence des connexions épithélio-conjonctives, vérifiées maintes fois déjà chez divers animaux et en différentes régions, ne sauraient cependant, pense l'auteur, infirmer la théorie de l'autonomie cellulaire au profit de la doctrine de la composition syncytiale de l'organisme défendue par Heitzmann. A. PRENANT.

Sur la formation des monstres doubles chez les infusoires, par G. BALBIANI (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *mai-juin* 1891).

Les faits consignés dans ce mémoire sont du plus haut intérêt au point de vue de la physiologie générale des éléments cellulaires, c'est-à-dire des rapports entre le protoplasma ou corps cellulaire (cytosome) et le noyau. Ces faits nous montrent que lorsqu'un infusoire est coupé en morceaux ceux-là seuls des fragments qui contiennent une partie du noyau se régénèrent en individu, en cellule complète. A la suite d'une section incomplète d'un de ces organismes unicellulaires, l'animalcule reprend très rapidement son aspect normal, si le noyau n'a pas été entraîné; mais le noyau subissant une section complète (sa forme allongée permet ce traumatisme) et la séparation du cytotome étant incomplète, on voit les deux moitiés de l'individu primitif s'organiser de manière à former un monstre double. Mais ce n'est pas tout; ayant continué à observer ce monstre, l'auteur a vu, comme prélude de la reproduction par division spontanée, les deux noyaux se reconstituer en un seul, et dès lors la dualité du cytotome a disparu graduellement pour faire place à une organisation parfaitement simple. Ainsi le noyau est bien le siège des propriétés plastiques de ces êtres unicellulaires, et la concentration des propriétés conservatrices de la forme dans un foyer unique a suffi pour réparer le trouble organique causé par leur séparation momentanée en deux centres distincts. M. DUVAL.

Ueber Attraktionssphaeren in den Zellkörpern einer Leibesflüssigkeit (Sur des sphères attractives dans les corps cellulaires d'un liquide cavitaire), par **BUERGER** (*Anat. Anzeiger*, *n°* 17, 1891).

Après avoir rappelé que l'existence de sphères attractives dans des cellules au repos parfait a été révélée par Rabl, Flemming, Guignard, Solger, l'auteur annonce que dans le rhynchocoelome (cavité de la gaine de la trompe) des némertes il existe des cellules de grande taille, absolument quiescentes, offrant une sphère attractive qui entoure un corpuscule central. Ces cellules, auxquelles leur forme ne mérite pas le nom de navicules donné par Keferstein, contiennent un noyau très petit, structuré cependant, et contenant parfois un corpuscule très colorable; elles renferment des enclaves particulières; elles sont douées de mouvements amiboïdes. Elles logent toujours une sphère attractive, et deux fois Bürger a vu celle-ci double; la sphère attractive est tantôt peu développée, tantôt au contraire pourvue d'irradiations puissantes terminées au loin dans le réticulum cytoplasmique. Elle est située dans l'axe de la cellule, plus près de l'un de ses pôles, et tout contre le noyau dans une échancrure duquel son corpuscule central peut être niché; ce corpuscule est du reste simple ou double. A. PRENANT.

Ueber das Vorkommen u. s. w. (Sur la présence des cellules granuleuses d'Ehrlich (cellules d'engraissement) chez les mammifères hibernants), par BALLOWITZ (*Anat. Anz.*, n° 5, 1891).

Pour vérifier l'exactitude de l'opinion d'Ehrlich au sujet du rôle de ces cellules, il suffit de comparer, au point de vue de la fréquence des cellules et de leur taille ainsi que de leur richesse en granules, des animaux gras et bien portants avec d'autres maigres et affaiblis. Les animaux hibernants, avant et après le repos hivernal, se trouvent dans ces deux conditions. Les organes des chauves-souris examinées avant l'hibernation, renferment des quantités de cellules-engrais, ainsi que Westphal l'a vu déjà; la glande hibernale n'en contient cependant que très peu. C'est dans le tissu conjonctif interstitiel des muscles de la langue qu'on en rencontre le plus. Les cellules ne renferment souvent que des grains plus petits et moins colorés que d'habitude, comme si ces grains étaient incomplètement et imparfaitement formés. Au voisinage des cellules fortement teintées, on trouve des amas de grains apparemment isolés et sans relation avec les cellules, qu'Ehrlich, Westphal, Pouchet et Tourneux ont déjà vus; Ballowitz croit que ces amas sont situés dans des prolongements cellulaires délicats et pâles et par suite peu apparents. Examinés au printemps, après le repos hibernal, les organes des chauves-souris, sauf peut-être l'intestin grêle, renfermaient tout autant de cellules tout aussi riches en granules.

En somme, conclut Ballowitz, la formation des cellules granuleuses n'est nullement en rapport avec l'excès de nutrition : résultat concordant avec celui de Westphal, qui a vu chez les sujets morts dans le marasme, les cellules-engrais aussi nombreuses que chez ceux qui ont succombé à des maladies aiguës. A. PRENANT.

Transformation in vitro des cellules lymphatiques en clasmatocytes, par L. RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 6 *avril* 1891).

Les cellules lymphatiques, sorties des vaisseaux par diapédèse, et devenues cellules migratrices, c'est-à-dire cheminant dans les mailles du tissu conjonctif, peuvent perdre leur activité amiboïde, se fixer, et représenter les éléments étudiés par l'auteur sous le nom de *clasmatocytes*. Mais jusqu'à présent l'observation sur laquelle il s'était appuyé pour admettre l'origine lymphatique des clasmatocytes avait porté sur la comparaison des formes intermédiaires, sans qu'il fût possible de suivre directement la transformation. En opérant avec des précautions particulières sur une goutte de lymphe péritonéale de grenouille on peut assister à cette transformation. Tant que la préparation est maintenue à 15 degrés, les cellules lymphatiques demeurent à l'état amiboïde. Mais, en portant la température à 25 degrés, on les voit s'immobiliser en revêtant les formes complexes qui caractérisent les clasmatocytes. Ces cellules lymphatiques, après avoir émis des prolongements arborisés d'une longueur et d'une complexité plus ou moins grande, demeurent immobiles, figées, pour ainsi dire, dans leur nouvelle forme. Comme formes intermédiaires, on voit en même temps, d'une part des cellules lymphatiques qui sont encore en pleine activité amiboïde, et d'autre part des cellules munies déja de longs prolongements arborisés, mais qui présentent encore des mouvements partiels d'une grande lenteur. Les prolongements de tous

ces éléments, pas plus que ceux des clasmatocytes normaux du tissu conjonctif, quelle que soit leur complexité, ne s'anastomosent jamais entre eux.

M. DUVAL.

I. — Ueber das menschliche Gebiss (La denture de l'homme), par RÖSE (*Verhandl. d. anat. Gesellschaft*, 1891).

II. — Einige Bemerkungen über die Säugetierbezahnung (Quelques remarques sur la dentition des mammifères), par KUKENTHAL (*Anat. Anzeiger*, *n°* 13, 1891).

III. — Bau und Entwickelung der Molaren bei Mus und Arvicola (Structure et développement des molaires chez la souris et chez le campagnol), par MAHN (*Morphol. Jahrbuch, Band XVI, Heft* 4, 1890).

IV. — Beiträge zur Kenntniss der Zahnentwickelung (Contributions à l'étude du développement de la dent), par v. BRUNN (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXVIII, Heft* 1, 1891).

I. — Röse retrouve chez l'homme une partie des faits odontogéniques décrits ailleurs, particulièrement par Pouchet et Chabry. La première ébauche de la lame dentaire ou adamantine paraît, chez l'embryon humains de 15 millimètres de longueur totale (40e jour), sur une coupe transversale comme un bourgeon épithélial hémisphérique. Ce bourgeon, sur les reconstructions, se présente comme une crête épithéliale en forme de fer à cheval. Chez un embryon de 17 millimètres, cette crête se divise en deux saillies secondaires; l'une, verticale, représente la première ébauche du sillon labial; l'autre, perpendiculaire à la précédente et dirigée par conséquent horizontalement, forme la lame dentaire ou adamantine proprement dite. Le bord libre de la lame devient inégal, alternativement pourvu de saillies et de dépressions chez l'embryon de 25 millimètres; et chez l'embryon de 35 millimètres, ces saillies, au nombre de cinq de chaque côté, s'épaississent en massue; ce sont les germes de l'émail. Les papilles dentaires ne correspondent pas au fond des germes adamantins, mais sont situées un peu latéralement, ayant dans la mâchoire supérieure une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et une direction inverse dans la mâchoire inférieure (embryon de 4 centimètres). Chez un embryon de 11,5 centimètres, la lame dentaire, primitivement horizontale, s'est inclinée un peu en haut pour la mâchoire supérieure et un peu en bas pour la mâchoire inférieure, de telle sorte que les ébauches des dents de lait ne sont plus situées directement au-dessus et au-dessous de la lame, mais plus en avant; le redressement de la lame dentaire augmentant de plus en plus, celle-ci vient à prendre une direction presque verticale, et porte sur sa face latérale, c'est-à-dire antérieure, les germes des dents de lait. Ceux-ci sont nettement isolés de la lame dentaire chez l'embryon de 18 centimètres, et rattachés à cette dernière, non pas individuellement par autant de collets de l'organe de l'émail, mais par un ou plusieurs « ponts d'union » aplatis. Entre les différentes dents de lait, la lame dentaire s'est encore accrue plus profondément, et son bord inférieur se termine de nouveau par des sinuosités, dont les parties saillantes, situées immédiatement derrière les dents de lait, deviennent les organes adamantins de remplacement. Il peut se faire que le même processus se répète et que la lame dentaire donne

encore naissance à des germes adamantins représentant une troisième dentition. Pendant ce temps, la lame dentaire subit des transformations qui procèdent d'avant en arrière ; elle se montre perforée en un réseau à jour dont les mailles deviennent de plus en plus larges; c'est à cette raréfaction de la lame dentaire que sont dues les « glandes du tartre », débris des travées du réseau de la lame dentaire, situées au niveau des dents antérieures. Les stades plus âgés seront décrits ultérieurement.

II. — L'ébauche des deux dentitions existe non seulement chez les mammifères supérieurs, mais encore dans les ordres inférieurs (marsupiaux, édentés, cétacés dentés et cétacés porte-fanons). Chez les cétacés dentés, il y a une hétérodontie très marquée, les sept dernières dents de chaque côté étant bi-trituberculeuses (*Phocœna*); de plus, en dedans des germes des dents persistantes qui sont des dents de lait, il y a, chez *Beluga*, *Globiocephalus*, *Tursiops*, des germes de remplacement bien caractérisés ; ainsi, chez les Cétacés dentés, il n'y a ni monophyodontisme ni présence simultanée de deux dentitions contemporaines. — Chez les cétacés porte-fanons (*Megaptera boops*, *Balænoptera rostrata*, *Sibbaldii*, *musculus*), il existe des dents doubles, formées de deux dents simples rapprochées ; l'examen d'une série d'embryons montrant que le nombre des dents doubles décroît avec l'âge, tandis que celui des dents simples demeure constant, il en résulte que les dents doubles représentent une disposition primitive, et que les dents simples, coniques, dérivent sans doute de la fissuration de celles-ci ; il y a donc ici encore hétérodontie ; il y a de plus diphyodontie, car on trouve en dedans des germes dentaires permanents une ébauche de germes de remplacement. — Chez les édentés (*Dasypus novemcinctus*), il existe également des germes de remplacement, sauf pour la dernière dent. — Chez les marsupiaux, contrairement à ce qui est généralement admis, la dentition est une dentition de lait, et la deuxième prémolaire possède un germe de remplacement; elle n'est d'ailleurs pas la seule, car les incisives possédent en dedans de leur germe dentaire un bourgeon épithélial terminé en massue.

Ainsi les représentants les plus anciens de la classe des mammifères étaient diphyodontes. La monophyodontie et l'homodontie de certains mammifères, par exemple des cétacés dentés, sont des phénomènes secondaires. Les deux dentitions sont équivalentes, et leurs ébauches sont sœurs, issues de la crête dentaire qui est leur matrice commune ; quand on s'élève dans la classe des mammifères, des formes inférieures aux formes supérieures, on voit seulement la deuxième dentition prendre de plus en plus le dessus, la première passant au second plan. Entre les deux dentitions des mammifères et les dentitions multiples des reptiles, il y a des intermédiaires ; le diphyodontisme des mammifères est le reste du polyphyodontisme des reptiles. L'auteur émet l'hypothèse que, de même que chez les mammifères dont les mâchoires s'allongent, on voit se former (cétacés porte-fanons) aux dépens de dents pluritubercleuses une pluralité de dents unituberculeuses, de même on peut penser que lors du raccourcissement subi par la mâchoire dans le passage des reptiles aux mammifères, il s'est produit un phénomène inverse, c'est-à-dire une agrégation de dents simples en un nombre moindre de dents com-

posées, les dents molaires des mammifères ; les plus anciens mammifères (*Triconodon*) offrent des dispositions favorables à cette hypothèse.

III. — On n'a pas encore comparé les dents à racine aux dents sans racine au point de vue de leur développement, bien que l'on ait agité la question de savoir laquelle des deux formes représentait l'état primitif. Mahn entreprend de combler cette lacune en étudiant comparativement le développement et aussi la structure des dents molaires de la souris et du campagnol.

Chez la souris, la surface masticatrice des molaires n'est pas recouverte d'une couche ininterrompue d'émail ; mais la dentine s'y montre dénudée dans une étendue qui augmente avec l'âge et l'usure de la dent. Les racines, en nombre variable selon les dents et suivant la mâchoire, ne sont pas tapissées par le cément. Les trois molaires ne se forment pas en même temps aux dépens de la crête dentaire, mais la première précède de beaucoup les deux autres, et la dernière ne se montre qu'après la naissance. L'auteur ne peut partager la manière de voir de V. Brünn, relativement à la formation de la racine ; tout en confirmant l'observation sur laquelle Brünn s'appuie pour soutenir que l'organe de l'émail intervient dans la formation de la racine en assurant la forme de celle-ci Mahn conteste l'exactitude de cette interprétation. S'occupant ensuite de la différenciation histologique de la coiffe adamantine et de l'éruption de la dent, l'auteur a observé que la pulpe de l'émail est pénétrée par du tissu conjontif vasculaire, ainsi que Brünn et Kölliker l'ont déjà vu ailleurs. Par suite de la poussée de la racine dans la dent en voie d'éruption, l'organe de l'émail est comprimé entre l'émail résistant déjà formé et l'épithélium buccal ; la couche interne épithéale s'aplatit ; la pulpe de l'émail se kératinise ; il persiste seulement quelques assises épithéliales plus extérieures, d'origine énigmatique.

Les molaires du campagnol sont privées de racine ; la papille dentaire, irrégulièrement conformée, est recouverte d'une gaine d'émail offrant les mêmes irrégularités ; la couronne de la dent montre la dentine à nu, entourée à la périphérie d'un ruban d'émail. Chaque molaire offre trois plages rubanées sans émail, dirigées de la surface masticatrice à l'extrémité profonde de la dent, et recouvertes de cément. — Le développement des germes de l'émail procède comme chez la souris, sauf que les trois molaires se développent pendant la vie embryonnaire. Les germes de l'émail se couvrent de plis, dus à ce que du côté facial et du côté lingual de la dent la coiffe adamantine bourgeonne en certains points secondairement vers la papille dentaire. Après que s'est faite la différenciation des diverses couches de l'émail, le tissu conjonctif envahit complètement l'épaisseur de l'organe adamantin. L'auteur montre comment l'émail disparaît en certaines régions de la dent, et comment à sa place le tissu mésodermique se différencie en cément.

En terminant, Mahn indique les différences qui séparent le développement des dents sans racine et des dents à racine. Mais d'autre part il y a entre les deux modes de développement des ressemblances telles qu'on a songé à faire dériver phylogénétiquement les dents à racine de celles qui en sont dépourvues (Baume), opinion que l'auteur ne peut partager.

IV. — Contre Mahn, et sur le même objet d'étude que lui, V. Brünn

maintient sa première opinion relativement à la formation de la racine de la dent : l'ébauche de la racine est entourée d'une gaine cylindrique d'épithélium adamantin formée de deux couches cellulaires aplaties, qui pénètre dans le tissu conjonctif et y découpe un cylindre plein méso dermatique formateur de l'ivoire de la racine ; cette gaine d'émail, qui assure la forme de la racine de la dent, et à la face interne de laquelle les odontoblastes produisent l'ivoire, disparaît là où l'ivoire radiculaire est déjà formé et s'accroît incessamment en pénétrant toujours plus profondément là où de l'ivoire doit encore se former ; elle influence donc l'arrangement des odontoblastes en membrane, et la production de l'ivoire, par suite intervient dans l'allongement de la racine.

V. Brünn étudie ensuite la façon dont s'établissent les connexions de la dent avec son alvéole. Il est certain que la racine de la dent étant entourée d'une gaine d'épithélium adamantin, les connexions primitives que l'on a admises entre le mésoderme formateur de la racine et le mésoderme ambiant ou sac dentaire ne peuvent exister ; le périoste alvéolo-dentaire qui réalise ces connexions chez l'adulte ne peut être primitif, mais doit avoir une origine secondaire. Il convient donc d'étudier la manière dont se constituent les connexions alvéolo-dentaires, séparément dans les régions sans émail et dans celles qui en sont pourvues ; 1° dans les premières (racines des dents, faces antérieures des dents incisives et bandes cémentées des dents molaires des rongeurs) la gaine épithéliale adamantine qui recouvre ces régions est pénétrée secondairement par le tissu conjonctif, qui rattache ainsi la surface de la dent à l'alvéole, et dont la zone la plus interne s'ossifie et devient le cément ; 2° les régions de la dent, qui sont recouvertes d'émail et qui sont fixées dans l'alvéole, sont revêtues en dehors de l'émail par un cément coronaire, dont il faut étudier l'origine pour connaître du même coup ses connexions avec l'alvéole dentaire. L'auteur rappelle à ce propos qu'il a distingué deux variétés de cément coronaire : le cément osseux et le cément cartilagineux. Celui-ci existe dans les molaires du cobaye : il remplit la gouttière de la surface interne de la dent, et de plus se présente çà et là sous forme de perles à la surface libre de la dent. Dans la gouttière interne de la dent par exemple il dérive de la transformation cartilagineuse, d'abord insulaire d'un tissu conjonctif muqueux : les îlots cartilagineux ainsi formés repoussent devant eux l'épithélium adamantin, et l'annihilent complètement, en se soudant en une masse cémentaire continue. Quant au cément coronaire osseux, V. Brünn chez le lapin trouve, comme Legros et Magitot chez le cheval, qu'il existe pour le former une couche connective particulière méritant le nom d'organe du cément ; mais cette couche, d'après lui, ne serait pas nettement délimitée des tissus ambiants. De plus, contrairement à Legros et Magitot, il n'y aurait pas, entre l'organe du cément et le cément coronaire osseux, de stade fibro-cartilagineux intermédiaire. A. PRENANT.

Recherches d'anatomie normale et pathologique sur l'appareil dentaire de l'éléphant, par V. GALIPPE (*Journal de l'anat. et de la physiol., juillet* 1891).

Nous devons signaler dans cet important travail quelques points à propos desquels l'auteur est amené à étudier comparativement chez l'homme et chez l'éléphant les dispositions normales et pathologiques de

l'appareil dentaire et de ses annexes. Ainsi dans la gencive des molaires de l'éléphant on trouve des corpuscules de Pacini en nombre assez considérable, dont les plus superficiels arrivent presque à la surface des papilles, et dont la composition est absolument conforme aux descriptions classiques — Quant au ligament alvéolo-dentaire, malgré le poids énorme que peut atteindre une grosse molaire d'éléphant, ses moyens d'attache sont identiques à ceux que Malassez a décrits chez l'homme. Pas plus chez l'éléphant que chez l'homme il n'y a de périoste. La disposition est la même pour les défenses que pour les grosses molaires, seulement les faisceaux du ligament pénètrent plus profondément dans le cément sous forme de fibres de Sharpey. — Dans les dents de sagesse de l'homme, évoluant dans des conditions anormales, qui ont presque toujours une origine infectieuse, on trouve, dans la cavité pulpaire et à sa face interne, des dépôts irréguliers de dentine sur l'étude desquels un grand jour est jeté par l'examen de formations semblables dans les dents de l'éléphant; là on trouve des productions intra-pulpaires qui sont purement cémentaires, des productions implantées dans la dentine, faisant saillie dans la chambre pulpaire et qui sont constituées à la fois par du cément et de la dentine, et enfin des productions formées exclusivement par de la dentine. D'autre part la dent de l'éléphant permet d'étudier de véritables processus de cicatrisation, à la suite de traumatismes divers, et on lira avec intérêt, dans ce mémoire, le chapitre intitulé : Mode d'action des projectiles retrouvés dans la cavité pulpaire ou dans son voisinage.

M. DUVAL.

Sur le développement des fibres musculaires, par Louis ROULE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 26 *janvier* 1891).

Chez les arthropodes, les fibres musculaires striées proviennent de cellules mésodermiques mésenchymateuses dont chacune arrive à constituer un faisceau primitif. A cet effet la cellule rétracte ses expansions pseudopodiques, prend une forme ovalaire et s'accroît par ses extrémités où apparaît une nouvelle masse de matière plastique. Cette masse n'est pas du protoplasma granuleux semblable aux portions existant déjà, mais bien de la substance contractile; déposée d'abord sur les deux extrémités de la cellule, cette substance s'étend graduellement sur toute sa surface et enveloppe ainsi le protoplasma granuleux primitif; le noyau est donc demeuré au centre de ces diverses formations. Ensuite la substance musculaire se résout en fibrilles ; mais cette différenciation commence vers les couches internes et s'étend graduellement à la périphérie. Une coupe transversale, pratiquée au niveau du noyau, montre donc celui-ci dans l'axe même de la fibre, puis, en allant de dedans en dehors, le protoplasma granuleux, la substance contractile profonde divisée en fibrilles, et tout à l'extérieur la substance contractile périphérique encore homogène.

M. DUVAL.

Untersuchungen über die Entwickelung des Endothels... (Recherches sur le développement de l'endothélium et des corpuscules sanguins des amphibiens), par SCHWINK (*Morph. Jahrbuch, Band XVII, Heft* 2, 1891).

A côté de certaines différences, les types d'Amphibiens examinés (*Bufo vulgaris*, *Rana fusca*, *Salamandra atra*, *Triton alpestris*) ont présenté les résultats communs suivants :

1° Les corpuscules sanguins se développent plus tard que les cellules endothéliales vasculaires. A ce moment l'endothélium du tube cardiaque est déjà complètement formé ; de même celui d'un vaisseau principal à direction céphalique ; de même aussi celui d'un vaisseau à direction caudale bifurqué en arrière et se terminant latéralement sur le vitellus ; mais l'endothélium de l'aorte n'existe pas encore. Ce n'est que beaucoup plus tard que les corpuscules sanguins parviennent dans le tube aortique, où ils ne se forment certainement pas.

2° Les corpuscules sanguins se développent dans une ébauche paire placée latéralement, continue en arrière avec une ébauche impaire située du côté ventral. Les îles de sang paires sont placées derrière le lieu d'origine des cellules vasculaires. Les ébauches paires et l'ébauche impaire se trouvent dans des fossettes de l'entoblaste vitellin et sont limitées d'une part par cet entoblaste, et par le mésoblaste d'autre part. De ces lieux d'origine les corpuscules sanguins pénètrent dans le « courant des sucs » et de là peu à peu en avant dans les vaisseaux vitellins, puis dans le cœur et relativement très tard dans l'aorte.

3° Les noyaux des corpuscules du sang ne se développent pas par formation libre nucléaire aux dépens des plaquettes vitellines (contre Davidoff) mais suivant le principe : *omnis nucleus a nucleo ;* les premiers noyaux formés dans l'île de sang se divisent indirectement d'une façon très active pour donner naissance aux autres.

Les différences observées résident dans l'origine non pas des cellules endothéliales qui chez les Anoures et les Urodèles dérivent de l'entoderme (conformément à Götte et à Rabl, contre V. Bambeke et Blaschek), mais dans l'origine différente des corpuscules du sang. Chez les Urodèles ceux-ci dérivent manifestement de l'entoblaste vitellin ; chez les Anoures, où le mésoblaste se forme par délamination aux dépens de l'entoblaste primaire, il est possible que les cellules formatrices des corpuscules sanguins qui demeurent dans l'entoblaste primaire après le départ des éléments mésoblastiques, c'est-à-dire qui restent contenues dans l'entoblaste vitellin, appartiennent en réalité au mésoblaste et en représentent des parties non séparées par délamination. A. PRENANT.

Anatomie microscopique du cœur humain, par Arthur MEIGE (*Americ. j. of the med. sc., p.* 583 *juin* 1891).

Les vaisseaux de retour du muscle cardiaque, excepté un petit nombre des plus volumineux, ont des parois très minces et présentent une structure identique à celle des capillaires les plus ténus. A cet égard, ils présentent un contraste des plus frappants avec les artérioles, qui depuis les plus grosses jusqu'aux plus petites, sont semblables par leur structure aux plus grosses artères, possédant comme elles trois tuniques.

Au point où ces vaisseaux de retour sont formés par la confluence des capillaires les plus fins, le nombre allant former les vaisseaux de retour est beaucoup grand que celui des artérioles correspondant à la même situation, et les angles qu'ils forment sont beaucoup moins aigus; en nombre de points, les branches de jonction donnent des angles droits avec les veines.

La constatation des espaces entre les fibres du cœur humain normal

présente une grande importance, si la croyance que ce sont des capillaires est vraie. Le fait que les noyaux de l'endothélium peuvent être vus à travers ces espaces dans presque toutes les préparations et que dans certains cas la coupe circulaire de toute la paroi endothéliale a pu être constatée, paraît à l'auteur une preuve de l'exactitude de son explication à savoir la présence d'espace entre les fibres musculaires du cœur présentant la structure des capillaires. F. VERCHÈRE.

Ueber die Entwickelung der A. vertebralis... (Sur le développement de l'artère vertébrale chez le lapin avec remarques sur la formation de l'anse de Vieussens), par HOCHSTETTER (*Morph. Jahrbuch, Band XVI, Heft* 4, 1890).

L'artère sous-clavière ne se développe pas conformément au schéma de Rathke, mais elle naît de l'aorte dorsale à la manière d'une artère segmentaire, et spécialement est celle du sixième segment vertébral cervical.

En réalité cependant la sixième artère segmentaire cervicale est la huitième ; car il existe une première artère, qui jusqu'ici a passé inaperçue et qui s'atrophie en effet de bonne heure, et une seconde qui a été vue par Froriep et qui pénètre dans le crâne entre l'atlas et l'occipital.

L'artère vertébrale se forme, comme His l'a indiqué, en deux portions : une vertébrale cérébrale et une vertébrale cervicale. Celle-là est le prolongement de l'artère segmentaire persistante la plus antérieure ; celle-ci provient d'une chaîne anastomotique établie entre les artères segmentaires successives depuis la sixième (primitivement huitième, car la première a disparu, et la seconde a formé la portion initiale de la vertébrale cérébrale) jusqu'à la première artère segmentaire, tandis que disparaissent les troncs de ces artères segmentaires entre l'aorte et la chaîne anastomotique. On voit aussi l'anastomose se prolonger en arrière sur une étendue de 3 ou 4 segments et l'on peut ainsi expliquer la formation de l'artère intercostale supérieure. Ainsi la vertébrale prend son origine comme branche dorsale de la sixième artère segmentaire, c'est-à-dire de la sous-clavière, se continue comme anastomose intersegmentaire et se termine par la première segmentaire persistante devenue vertébrale cranienne.

Hochstetter montre ensuite comment l'artère sous-clavière, d'abord située au côté dorsal du tronc du sympathique à la façon des artères segmentaires, vient, par suite de déplacements ultérieurs, à être entouré par le cordon nerveux, et comment de la sorte se forme l'anse de Vieussens.

Il termine en expliquant par de légères modifications apportées à l'évolution normale le mode de production des principales anomalies d'origine de l'artère vertébrale, des cas en particulier où l'artère naît directement de l'aorte; c'est qu'alors la vertébrale et la sous-clavière n'appartiennent plus au même segment, l'origine de la vertébrale pouvant être reportée aux cinquième, quatrième et troisième segments, ou reculée au septième, celle de la sous-clavière soit au cinquième, soit au septième. A. PRENANT.

Sur l'innervation de l'estomac chez les batraciens, par Ch. CONTEJEAN (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 20 *juillet* 1891).

En présence des résultats encore peu précis obtenus à ce sujet par l'expérimentation chez les mammifères, l'auteur a repris la question sur les Batraciens, et constaté : 1° pour l'innervation motrice, le pneumogastrique exerce une action régulatrice sur les mouvements de la partie antérieure du tube digestif; après section des deux pneumogastriques, l'estomac, par le contact de l'air, devient le siège de mouvements péristaltiques désordonnés, qui ne se produisent pas si les nerfs vagues sont intacts. L'excitation du pneumogastrique produit la contraction des fibres longitudinales, puis des ondes péristalliques régulières. L'excitation du sympathique, particulièrement du plexus cœliaque, exerce une action prédominante sur les fibres circulaires et peut amener une sorte de crampe tétanique de tous les muscles de l'estomac ; 2° Pour l'innervation vaso-motrice, le pneumogastrique est vaso-dilatateur et le sympathique vaso-contricteur de l'estomac : 3° pour l'innervation sécrétoire, la sécrétion gastrique n'est influencée directement ni par le pneumogastrique ni par le sympathique; le centre du réflexe présidant à la sécrétion se trouve dans les plexus nerveux intra-stomacaux. M. DUVAL.

Annotations sur le développement du tube digestif chez les mammifères, par A. PRENANT (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, n° *de mai-juin* 1891).

Ce mémoire a pour objet diverses questions importantes du développement des extrémités antérieure et postérieure du tube digestif, questions délicates et controversées.

1° *Rapports du pharynx et de l'extrémité antérieure de la corde dorsale.* La corde dorsale, recourbée en anse à son extrémité antérieure par suite de l'inflexion céphalique, se termine au niveau de la membrane bucco-pharyngienne. Elle n'a donc pas de connexions primitives avec la poche hypophysaire.

2° *Origine du thymus et de la thyroïde latérale.* On avait d'abord attribué à la glande thyroïde une origine unique aux dépens d'un bourgeon médian parti de l'entoderme pharyngien. Stieda montra en 1881 l'existence d'une ébauche thyroïdienne paire, partie de l'une des dernières fentes branchiales et nia celle de l'ébauche impaire. Enfin Born concilia les deux manières de voir en disant que la thyroïde naît à la fois d'une ébauche impaire et d'une ébauche paire : c'est de ce dernier rudiment seul que s'occupe Prenant. Il s'agissait de savoir exactement de quelle fente branchiale il prend naissance. Les recherches sur le porc, le lapin, la chauve-souris et la brebis, lui permettent de conclure que la glande thyroïde latérale dérive de la quatrième poche entodermique branchiale dont elle représente un diverticule ventral. — Quant au thymus, il a pour origine la troisième poche entodermique du pharynx, qui envoie un diverticule ventral destiné à former la plus grande partie du thymus (queue du thymus). Mais de plus, dans la région de la troisième poche de laquelle part ce diverticule, la paroi même de la poche s'épaissit, du côté externe et dorsal surtout, et donne naissance à un corps triangulaire, puis irrégulièrement mamelonné, la tête du thymus.

3° *Extrémité postérieure de l'intestin.* On y distingue le bourgeon

creux de l'allantoïde (intestin allantoïdien) et l'intestin post-anal. L'intestin allantoïdien paraît être bicorne chez l'embryon de lapin, au début, l'une des cornes se développant ensuite seule, pour constituer la cavité de l'allantoïde. L'intestin post-anal, avant que la queue se soit développée, représente un diverticule court, large et bien limité de l'intestin postérieur. Ce diverticule s'allonge ensuite, dans la protubérance caudale devenue volumineuse; on peut alors changer le nom d'intestin post-anal en celui d'intestin caudal. Cet intestin caudal devient très long et filiforme, puis subit une régression qui s'accompagne de son tronçonnement. Du reste l'intestin caudal se termine en arrière, comme l'a montré Tourneux, dans une masse cellulaire qui lui est commune avec la corde dorsale et l'axe nerveux médullaire.

Ce travail se termine par quelques détails sur la membrane anale, constituée au début par un épaississement de l'ectoderme et de l'entoderme, d'abord peu distincts l'un de l'autre, l'entoderme et l'ectoderme paraissant se confondre à ce niveau. Plus tard l'entoderme, devenu bien distinct de l'ectoderme aminci, se bombe pour former la majeure partie de l'épaisseur de la membrane, de sorte que l'épaisse membrane anale ou cloacale, dite bouchon cloacal de Tourneux, est peut-être constituée uniquement par de l'entoderme. M. DUVAL.

Le placenta des rongeurs, par Mathias DUVAL (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *juillet-août* 1891).

Poursuivant l'étude de l'évolution du placenta de la souris et du rat (Voy. *R. S. M.*, XXXVII, p. 410), l'auteur décrit d'abord l'arrivée des vaisseaux allantoïdiens dans l'ectoplacenta. A mesure de leur pénétration, la couche basale de l'ectoplacenta donne naissance à une formation plasmodiale réticulée, dont le développement se fait de telle sorte que l'ectoplacenta végète de ses parties profondes vers le cône ectoplacentaire, lequel est ainsi disloqué, en partie rejeté sur les côtés, en partie résorbé. Le plasmode ectoplacentaire arrive ainsi jusqu'à la caduque sérotine, dont il envahit les sinus sanguins en donnant naissance à une couche plasmodiale endovasculaire, identique à celle qu'on observe dans la sérotine du lapin, mais beaucoup plus étendue. Finalement, les parties sous-jacentes de l'ectoplacenta arrivent, par des processus analogues à ceux décrits par l'auteur chez la lapine, à constituer un conplexus de canalicules sangui-maternels et de conduits vasculo-fœtaux. D'autre part, la caduque réfléchie, formation sans analogue chez le lapin, s'atrophie de plus en plus et disparaît complètement, par résorption totale, avant le terme de la gestation. A. C.

Ueber den Descensus Testiculorum, par KLAATSCH (*Morphol. Jahrbuch XVI*, 4).

1° Dans un premier paragraphe, l'auteur détermine, par l'étude d'une série d'embryons de porc, la *situation primitive et les rapports de la glande génitale et du ligament du rein primitif.* L'état en lequel il trouve ces organes est un état ontogénétique commun à tous les mammifères, et en même temps la reproduction d'une disposition appartenant aux ancêtres des mammifères, qui s'est maintenue chez les monotrèmes. Dans la description que donne l'auteur de ce qui existe chez les em-

bryons de porc et chez les monotrèmes adultes, il faut relever cette observation que le ligament inguinal et le ligament de l'ovaire ou du testicule sont parfaitement distincts, et aussi cet autre fait que le ligament inguinal est un cordon musculaire souspéritonéal et représente une des nombreuses différenciations et une des localisations de la musculature du coelome.

Quand on cherche à classer les processus de descente du testicule et les dispositions anatomiques des enveloppes testiculaires en procédant du simple au composé, on voit qu'on peut distinguer trois groupes : celui des rongeurs et des insectivores, celui des prosimiens et des primates, celui enfin des marsupiaux, des ruminants et des carnivores.

2° *Migration périodique du testicule chez les rongeurs et les insectivores.* Dans la région inguinale des embryons mâles des rongeurs et insectivores on voit faire saillie dans la cavité abdominale un *cône inguinal*, dont l'extrémité donne insertion au ligament inguinal parti lui-même de l'épididyme.

Ce cône n'est autre qu'une partie invaginée des muscles petit oblique et transverse, tandis que le grand oblique ne prend aucune part à sa formation, et il représente le *gubernaculum testis* de Hunter et Seiler.

Le mode de migration consiste dans la formation d'une poche ou *bourse inguinale* due à la dévagination du cône inguinal en doigt de gant; la musculature du cône fournit le crémaster, le revêtement péritonéal du cône devient le revêtement péritonéal ou cul-de-sac vaginal de la bourse. Les facteurs qui interviennent dans la migration du testicule sont : la présence du cône (dont l'auteur explique plus loin la signification phylogénétique); la fonction musculaire et la contraction du cône, synergique de celle de la paroi abdominale; et enfin l'augmentation périodique du testicule. Klaatsch explique l'issue du testicule, et de même sa rentrée quoiqu'avec plus de difficulté.

Chez plusieurs rongeurs la migration testiculaire peut se faire de très bonne heure, de sorte que les facteurs précités ne peuvent plus être la la cause déterminante de la migration : preuve de la nature héréditaire de cette migration. La bourse inguinale due à l'évagination du cône ne produit qu'une voussure très faible du tégument, sous forme de deux saillies allongées situées de chaque côté du pénis. Si l'on appelle scrotum le tégument qui sert d'enveloppe au testicule, on peut dire que chez les rongeurs et les insectivores le scrotum n'existe que quand la bourse est évaginée, en d'autres termes, la formation scrotale est ici la conséquence directe de la migration testiculaire. Cependant, bien que le scrotum ne soit pas préformé, la région du tégument qui plus tard lui correspond est déjà marquée chez l'embryon et se distingue sous forme de deux plages (*area scroti*) remarquables par la pigmentation, la rareté des poils, et la présence d'un réseau de fibres lisses formant une tunique dartoïque. A l'area s'attache par des trousseaux fibreux la bourse inguinale; ces trousseaux appartiennent à l'enveloppe fibreuse de la bourse, et celle-ci à son tour est une dépendance du grand oblique, ainsi que l'anneau inguinal externe auquel elle adhère intimement et dont elle est le prolongement. Le petit oblique forme à la bourse une couche annulaire, le transverse une couche longitudinale de fibres musculaires; au-dessous se trouve le fascia transversa, et plus profondément la tunique

vaginale ou revêtement péritonéal qui ne prend naissance que par suite de la migration testiculaire.

3° *La descente des testicules de l'homme et les enveloppes testiculaires des prosimiens et des primates.* Chez un embryon de 8 centimètres, le testicule est voisin de la région inguinale, et attaché à la paroi abdominale par un cordon arrondi, par un gubernaculum, qui s'enfonce dans un cul-de-sac péritonéal ou vaginal; ce cul-de-sac forme d'ailleurs la paroi interne d'une poche constituée par la totalité des muscles de l'abdomen; le grand oblique est soulevé par cette poche en une saillie au sommet de laquelle son tissu aponévrotique est très lâche, et ce tissu se continue dans l'épaisseur de la poche avec le gubernaculum; le petit oblique et le transverse tapissent en dedans la couche formée par le grand oblique, puis, arrivés au fond de la poche, changent la direction de leurs fibres, qui se réfléchissent et remontent vers le gubernaculum, en limitant ainsi un corps de forme conique, le cône inguinal, dont l'axe est formé par le tissu conjonctif qui unit le gubernaculum au grand oblique. L'auteur, après avoir rappelé que Weil, chez un embryon de 2 centimètres, a trouvé un cône inguinal saillant dans la cavité abdominale, et comparable à celui des rongeurs, estime que la formation conique ci-dessus décrite n'est pas le reste de ce cône incomplètement évaginé, mais une partie de la bourse inguinale, de nouveau mais incomplètement invaginée. En effet, chez un embryon un peu plus âgé (de 11 centimètres), on voit les testicules s'éloigner quelque peu de l'orifice de la bourse, et le cône inguinal faire une saillie en dedans plus considérable, cette progression du cône correspondant aux progrès de l'invagination de la bourse. Chez des embryons plus âgés, ces progrès sont plus marqués encore. Puis il se fait un temps de repos, auquel succède une nouvelle et cette fois définitive évagination du cône; les testicules descendent dans la bourse inguinale ainsi formée et y demeurent, entourés par des enveloppes qui reproduisent essentiellement la disposition des rongeurs. L'enveloppe tégumentaire du testicule, le scrotum, ne se développe, chez les prosimiens et la plus grande partie des singes, que par le déplacement testiculaire même. Chez quelques singes cependant, les ébauches scrotales se forment alors que les testicules sont encore éloignés du scrotum. Chez l'homme, l'indépendance des deux formations et l'hétérochronisme de leur apparition sont devenus complets, puisque les bourrelets génitaux ne sont autre chose que le rudiment du scrotum et se forment, on le sait, d'une façon tout indépendante des testicules.

4° *Descente des testicules chez les marsupiaux, les carnivores et les ruminants.* La série des prosimiens et primates, où la périodicité de la descente du testicule était encore indiquée chez l'homme dans cette ascension du cône inguinal, précédée d'une évagination et suivie d'une évagination nouvelle et définitive (l'auteur n'a pas pu étudier d'embryons de prosimiens ni de singes), cette série conduit à des formes définitivement fixées de la migration testiculaire. En même temps la formation du scrotum est devenue tout à fait indépendante du déplacement du testicule et se fait de très bonne heure. La migration se fait une seule fois et directement; la bourse inguinale existe d'emblée; mais l'auteur n'ayant pas observé de stades suffisamment jeunes, ne peut que sup-

poser qu'elle dérive d'un cône inguinal dévaginé. Au scrotum du mâle correspond chez les marsupiaux, le marsupium de la femelle, les femelles possèdent un canal inguinal et celui-ci renferme un muscle ilio-marsupial ou compressor mammae, homologue du crémaster.

5° *Causes déterminantes de la descente.* Passant en revue les anciennes opinions sur les causes de la descente, Klaatsch leur reproche à toutes de rechercher les agents immédiats de la descente, plutôt que de se demander pourquoi les testicules quittent la cavité abdominale. Il réfute la théorie classique de Cleland et de Kölliker (accroissement inégal des parties situées au-dessus et de celles placées au-dessous du testicule) ; il rejette l'action musculaire ou la rétraction du gubernaculum, aidée de la pression des intestins. Les explications mécaniques proposées pour le déplacement testiculaire sont en somme insuffisantes, ainsi que l'avaient pressenti Seiler et Blumenbach ; le phénomène obéit à des lois d'ordre plus élevé.

De même que l'ontogénie ne saurait plus rien nous apprendre sur les causes du développement des membres, de même elle ne peut nous renseigner sur celles de la descente du testicule, qui ont jadis exercé leur action, et dont nous ne voyons plus aujourd'hui que les effets. Dans l'état le plus simple qui ait été observé (chez les rongeurs et les insectivores), la formation importante est le gubernaculum ou cône inguinal. Comme ce cône fait défaut aux monotrèmes et aux vertébrés inférieurs, tout l'intérêt se porte sur les causes de son apparition. Quels sont les organes de la région inguinale qui ont déterminé la formation du cône inguinal? Ce ne peuvent être que les organes mammaires. L'organe mammaire primitif existe, on le sait chez les monotrèmes, où il repousse en dedans la musculature abdominale. Là aussi il a été transmis de la femelle au mâle, qui possède des mamelles développées. Il en est de même chez les mammifères plus élevés. Ainsi chez les marsupiaux femelles la mamelle et le marsupium ont déterminé la formation d'un cône inguinal rudimentaire qui n'est autre que le muscle ilio-marsupial. Ici aussi, chez les mammifères supérieurs, le transfert des organes mammaires au sexe mâle s'est fait, et s'est accompagné de la transmission de l'action exercée par ces organes sur la paroi abdominale. Ainsi a pris naissance le gubernaculum ou cône inguinal du mâle, homologue du muscle ilio-marsupial, qui, à cause de ses relations de voisinage avec le testicule, est entré en rapport de continuité avec lui.

A. PRENANT.

Zur Entwickelungsgeschichte der Harnblase (Sur le développement de la vessie urinaire), par KEIBEL (*Anat. Anzeiger*, n° 7, 1891).

Keibel, examinant le développement de la vessie urinaire chez le cobaye, trouve qu'elle dérive de l'espace cloacal antérieur, séparé de l'espace cloacal postérieur par la cloison périnéale. Chez le lapin, Keibel croit pouvoir affirmer qu'au moins le bas-fond de la vessie, le trigone de Lieutaud a la même origine que la vessie du cochon d'Inde. Chez l'homme (embryons de $4^{mm},2$ et de $6^{mm},5$) les dispositions sont très comparables à ce qu'elles sont chez le cobaye. La vessie se forme aux dépens du cloaque. C'est ce qui explique comment His a trouvé dans les premiers stades le canal de Wolff et l'uretère qui en dérive ouverts

dans le cloaque, et en apparence éloignés de la vessie, c'est-à-dire du conduit allantoïdien, tandis que plus tard ils débouchent dans la vessie; en effet cette partie du cloaque qui reçoit les canaux en question n'est autre que la vessie elle-même. Le processus embryologique de la formation vésicale ci-dessus décrit permet d'expliquer les communications anormales entre la vessie et le rectum. Keibel croit pouvoir interpréter d'autre part la tératogénie de l'exstrophie vésicale : il remarque que la membrane anale se prolonge sur la paroi antérieure de la vessie, qu'elle forme dans une certaine étendue; or, la membrane anale appartient à la ligne primitive, et l'on sait que la ligne primitive n'est autre qu'une ouverture dont les lèvres se sont soudées; par arrêt de développement, par absence de soudure des lèvres de l'orifice dans la région considérée, l'exstrophie vésicale prend naissance. A. PRENANT.

PHYSIOLOGIE.

Les fonctions du cerveau. Doctrines de l'école de Strasbourg. Doctrines de l'école italienne, par Jules SOURY (*Arch. de neurologie*, 1891).

Comme l'indique le titre, il s'agit d'un exposé des doctrines professées sur la question des fonctions cérébrales dans certains centres scientifiques. Mais ce n'est pas seulement de l'École de Strasbourg et des Facultés italiennes que s'occupe l'auteur; à propos de celles-ci, il prend soin de passer en revue, chemin faisant, les opinions émises par d'autres savants. L'auteur a puisé directement aux sources, et ces sources sont si nombreuses et si diverses que peu de personnes seraient à même, par leurs propres forces, de rassembler une pareille somme de notions sur les fonctions du cerveau. Ces notions sont habilement groupées, l'exposé en est clair, attrayant, empreint de criticisme, et très personnel; grâce au plan adopté par lui, J. Soury en arrive parfois à mettre en scène les personnages, et la saveur de la description en augmente d'autant. Un appendice est consacré à l'étude de l'épilepsie corticale, l'un des corollaires de la description des fonctions cérébrales. PIERRE MARIE.

Le grand sympathique, nerf de l'accommodation pour la vision des objets éloignés, par MORAT et DOYON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 8 *juin* 1891).

En expérimentant sur un lapin immobilisé par une injection de curare et en examinant les images de Purkinje, c'est-à-dire les images du miroir cornéen et du miroir cristallinien antérieur, on constate que la section du sympathique cervical produit une diminution dans les dimensions de l'image cristallinienne, tandis que l'excitation de ce cordon produit plus nettement encore un grandissement de cette image. C'est dire que cette excitation fait accommoder l'œil pour les distances éloignées, pour l'infini, par aplatissement du cristallin. Mais quel est le mécanisme de cette déformation? D'après ce qui est connu du muscle ciliaire, on ne voit

aucune de ses parties qui puisse, par sa contraction, produire un tel effet sur le cristallin. Mais on peut admettre que, sur ce muscle comme sur plusieurs autres (intestin, pupille), le sympathique agit par inhibition, et on trouve, en effet, dans le voisinage immédiat et dans l'épaisseur même du muscle ciliaire, un plexus ganglionnaire, c'est-à-dire des cellules nerveuses, éléments qui sont le siège des phénomènes nerveux dits d'arrêt ou d'inhibition. M. DUVAL.

Die Beziehungen der Nervenfasern des Halssympathicus zu den ganglienzellern des oberen Halsknotens (Relations entre les filets nerveux du sympathique cervical et les cellules ganglionnaires du ganglion cervical supérieur), par O. LANGENDORFF (*Centralblatt für Physiologie*, V, p. 129, 1891).

Langley et Dickinson ont fait progresser la question des ganglions périphériques. Au moyen de l'empoisonnement par la nicotine ils ont réussi à prouver que les filets nerveux du cordon sympathique cervical ne traversent pas seulement les ganglions qui sont interposés sur leur trajet, mais qu'ils s'y arrêtent, qu'ils s'y terminent, pour en renaître en quelque sorte et continuer leur trajet. Si l'on empoisonne un animal avec la nicotine, l'excitation du sympathique cervical entre les ganglions supérieur et inférieur ne produit plus aucun de ses effets habituels bien connus. Au contraire, en excitant au delà du ganglion cervical supérieur, les effets habituels se manifestent. La nicotine paralyse donc les cellules ganglionnaires et non les fibres; elle crée un obstacle au passage de l'excitation dans le ganglion. Les essais d'intoxication localisée du ganglion supérieur confirment cette explication. Langley et Dickinson badigeonnent ce ganglion avec la solution nicotinique : ils le piquent avec une aiguille enduite de nicotine; l'excitation inefficace en amont est efficace en aval.

Des phénomènes analogues s'observent sur les autres ganglions sympathiques, par exemple sur ceux du plexus solaire. O. Langendorff confirme ces faits par l'observation des phénomènes oculaires. Si l'on sacrifie un lapin ou un chat par saignée ou suffocation, l'activité du cordon cervical sympathique persiste pendant un certain temps. La mydriase dyspnéique ayant disparu et la pupille ayant repris un calibre moyen, l'excitation du sympathique la dilate, propulse le globe oculaire, tire la paupière nuisante, agrandit l'ouverture palpébrale. Ces effets disparaissent successivement l'un après l'autre, suivant un ordre qui d'ailleurs ne paraît pas constant. Quand ils ont disparu, on peut les faire reparaître en excitant les branches qui émanent du ganglion supérieur, le rameau carotidien interne, par exemple : une excitation faible réussit, tandis qu'une excitation très forte en amont est inefficace. Les cellules ganglionnaires du sympathique meurent ainsi plutôt que les filets qui en émanent, et l'excitation ne peut les traverser parce que leur mort crée un obstacle insurmontable à son passage. Quant aux fonctions des cellules, elles ne sont point encore claires. Elles sont des stations sur la route de l'excitation nerveuse : il reste à voir quelle est leur signification au point de vue trophique et si elles sont en état de produire des effets toniques. C'est là une question qui jusqu'à présent a été examinée d'une manière tout a fait insuffisante. DASTRE.

Cause des troubles de la fonction glycogénique consécutifs à la section des vagues, par COUVREUR (*C. R. de la Soc. de biologie*, p. 205, 21 *mars* 1891).

Chez les oiseaux, on constate que le glycogène baisse chaque jour davantage dans le foie, et au moment de la mort il n'en renferme plus que des traces. Le sucre du sang va d'abord en augmentant pendant quatre à cinq jours. La section des vagues trouble la respiration et produit un état asphyxique : or, celui-ci, comme l'a montré Dastre, se traduit par une hyperglycémie bientôt suivie d'hypoglycémie. L'excitation du bout central du pneumogastrique provoque l'hyperglycémie et la glycosurie à cause des arrêts respiratoires qu'elle provoque. Les animaux chez lesquels la section des vagues ne peut pas produire d'état asphyxique (batraciens) n'offrent pas de troubles glycogéniques. DASTRE.

Die Reizung der Vasomotoren nach der Lähmung der cerebrospinalen Herznerven (L'excitation des vasomoteurs après la paralysie des nerfs cardiaques cérébro-spinaux) par J. E. JOHANSSON (*Archiv für Physiologie*, p. 102, 1891).

Ludwig et Thiry ont montré, il y a fort longtemps, que l'augmentation de pression actuelle qui se montre lorsqu'on excite la moelle cervicale est indépendante de l'action du cœur et due à celle des vaso-constricteurs. L'auteur a repris cette question au laboratoire de Ludwig. Toutes ses expériences ont été faites sur des animaux dont le cœur était soustrait à l'action du système nerveux central par section des pneumogastriques et des nerfs accélérateurs. Nous ne le suivrons pas dans les détails de ses expériences qui sont exposées dans un mémoire de 63 pages et nous nous contenterons de résumer les conclusions auxquelles il est arrivé.

L'excitation soit de la moelle cervicale, soit du splanchnique par une série de chocs d'induction de rupture, fait monter la pression artérielle, suivant une courbe typique : période latente d'autant plus courte, que les excitations sont plus fortes et plus rapprochées ; puis, augmentation rapide de la pression artérielle, interrompue seulement au commencement par un arrêt de courte durée. La pression monte à un niveau considérable, d'abord rapidement, puis lentement, la courbe se rapprochant de l'horizontale.

Vient-on à cesser l'excitation, on constate que la pression ne baisse pas immédiatement, mais continue à monter ou à se maintenir à un niveau élevé. Elle tombe ensuite brusquement, d'abord avec une grande rapidité, puis de plus en plus lentement, de manière à rejoindre graduellement le niveau primitif. Ici aussi la courbe de la chute de pression est interrompue par un arrêt, une portion horizontale qui se montre après la chute principale.

Cette courbe typique présente des modifications nombreuses, suivant l'intensité des chocs d'induction, leur fréquence et le temps pendant lequel ils agissent. Le maximum de pression atteint est plus élevé pour des excitations fortes et nombreuses. La seconde partie de la courbe ascendante de la pression correspond à une accélération des pulsations cardiaques. LÉON FREDERICQ.

Versuche am Nervus laryngeus superior des Pferdes (Expériences sur le nerf laryngé supérieur du cheval), par L. BREISACHER et Th. GUETZLAFF (*Centralblatt für Physiologie, p.* 273, 1891).

La résection d'un bout du nerf laryngé supérieur pratiquée chez le cheval ne modifie en rien les mouvements des cordes vocales et ne provoque pas l'atrophie des muscles du côté opéré, comme l'avait affirmé Exner (Voy. *R. S. M.*, XXXV, 403). L. F.

I. — Das Verhalten des specifischen Gewichtes des Blutes bei Kranken (Le poids spécifique du sang chez les malades), par SCHMALTZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 555, 1891).

II. — Ueber das specifische Gewicht des menschlichen Blutes (Densité du sang), par PEIPER (*Soc. méd. de Greifswald*, 7 *février* 1891).

I. — Schmaltz a étudié sur lui-même les variations de la densité du sang dans 55 expériences : le chiffre a oscillé entre 1,055 et 1,062 sans qu'on puisse déterminer la cause des oscillations ; cependant, les chiffres du matin paraissent plus élevés que ceux du soir.

Chez 8 hommes sains, le chiffre moyen a été 1,059, et chez 12 femmes saines 1,056.

Dans les maladies, la densité du sang est variable. Les cardiaques, par exemple, peuvent avoir une densité de 1,060 et même 1,063, ou bien de 1,042 à 1,044. Chez une pthisique au début, l'auteur a noté 1,036 ; chez une femme atteinte de septicémie, 1,030.

C'est dans les maladies du sang proprement dites qu'on note les abaissements les plus marqués. Dans un cas de leucémie, la densité était de 1,031. Dans la chlorose, le chiffre de 1,030 n'est pas très rare, et, en général, les chiffres ne s'éloignent guère de 1,040. Chez les anémiques, le ralentissement de la circulation des membres peut déterminer une élévation trompeuse de la densité.

On pourrait croire que le nombre des globules rouges est en rapport direct et invariable avec le poids spécifique de sang. Or il n'en est rien. Pour que l'augmentation du nombre des globules élève le poids spécifique, il faut qu'elle coïncide avec l'augmentation de l'hémoglobine. Voici un exemple : l'auteur compte 3,364,000 globules rouges dans un cas où la densité est de 1,035, et 3,536,000 avec une densité de 1,045 ; c'est que, dans le premier cas, le chiffre de l'hémoglobine est représenté par 30 0/0, tandis que dans l'autre il est de 45 0/0. Les variations de l'hémoglobine ont donc une influence plus considérable que celles du nombre des globules rouges sur la densité du sang. Chez les chlorotiques, l'élévation du chiffre de la densité indique la marche vers la guérison.

II. — L'auteur a fait un grand nombre de recherches d'après le procédé de Schmaltz. Le chiffre moyen chez l'homme est, d'après lui, 1,055 ; chez les femmes et les enfants il est un peu moindre. Élevation du poids spécifique dans les fièvres et dans la cyanose (1,068) ; diminution dans la néphrite chronique, le cancer de l'estomac, la tuberculose pulmonaire, dans les anémies et spécialement dans la chlorose (1,030).

L. GALLIARD.

A new method of measuring the velocity of the blood... (Méthode nouvelle pour mesurer la vitesse du sang; pour apprécier la quantité de sels minéraux dans une petite quantité de sang; pour mesurer les différences locales de température dans le courant sanguin, par G. N. STEWART (*The Journal of Physiology, XI, Supplément, p.* 629).

Ces méthodes sont toutes fondées sur des différences de résistance électrique. Dans le premier cas on applique deux paires d'électrodes impolarisables aux deux points du système vasculaire entre lesquels on veut noter le cours du sang. Chaque paire d'électrodes est reliée à un galvanomètre : la résistance est déterminée par le pont de Wheatstone. On injecte une petite quantité de solution saline; la résistance varie, par suite, successivement dans les deux stations, et l'intervalle qui sépare ces deux variations mesure le temps nécessaire au sel convoyé par le courant sanguin pour parcourir la distance des deux stations vasculaires, d'où la vitesse.

Dans le second cas, on s'appuie sur ce principe que la résistance électrique du sang est due aux sels inorganiques qu'il contient et que la résistance est inversement proportionnelle à la concentration de la solution.

Dans le troisième cas, on n'a pas besoin d'ouvrir les vaisseaux, et la température peut être déduite de mesures de résistance. DASTRE.

Sur les trémulations fibrillaires du cœur de chien par H. KRONECKER; *Idem* par E. GLEY (*C. R. de la Société de biologie, p.* 257 *et* 259, 18 *avril* 1891).

Kronecker et Schmey (1884), ont découvert un état particulier du cœur, la *trémulation;* on la produit par différents procédés, entre autres en entourant l'organe de neige glacée. Lorsque la température est descendue à 26°, la trémulation ventriculaire commence, les oreillettes continuent à battre rythmiquement. La trémulation entraîne toujours la mort. Kronecker l'attribue à un *centre nerveux coordinateur* du cœur, qui serait paralysé.

Un autre moyen serait l'excitation faible électrique ou mécanique du 1/3 supérieur du sillon interventriculaire antérieur.

Gley a vérifié ces faits. Il a vu de plus, comme Heinricius, le cœur des chiens nouveau-nés se remettre à battre rythmiquement, après avoir présenté l'état trémulatoire. DASTRE.

Wirkung des Chloroforms, des Ammoniaks... (Action du chloroforme, de l'ammoniaque et du bromure d'éthyle sur la respiration... Contribution à la doctrine des différentes formes de dyspnée), par Joseph ZAGARI (*Archiv für Physiologie, p.* 37, 1891).

L'auteur décrit un appareil qui permet de faire respirer tour à tour à un lapin, soit de l'air atmosphérique, soit tel autre mélange gazeux, tout en enregistrant d'une façon continue les mouvements respiratoires au moyen de l'aéropléthysmographe de Gad. Il constate que l'inspiration d'air chargé de vapeurs de chloroforme, d'ammoniaque, de bromure d'éthyle ou d'un mélange d'air et de CO^2 provoque constamment des réflexes inspiratoires, à condition bien entendu, que les pneumogastriques soient intacts. Leur section, même pratiquée au-dessous du niveau où le

laryngé inférieur se détache, supprime le réflexe en question. Le point de départ du réflexe ne doit pas être localisé dans les alvéoles pulmonaires, mais dans les bronches et bronchioles moyennes.

L'injection d'acide carbonique à travers les narines (sans contact avec la trachée, ni les bronches) provoque au contraire un réflexe d'expiration. LÉON FREDERICQ.

Ueber Reflexe von der Nasenschleimhaut auf die Bronchiallumina (**Réflexes bronchiques ayant pour point de départ la muqueuse nasale**), par **Julius LAZARUS** (*Archiv für Physiologie, p.* 19, 1891).

Jusqu'à présent, on avait étudié les variations de calibre des ramifications bronchiques en reliant la trachée d'un animal récemment sacrifié, avec un manomètre ou tout autre instrument chargé d'indiquer les variations de pression de la masse d'air cardio-pulmonaire. Tout rétrécissement des bronchioles se traduit par une augmentation de pression: toute dilatation correspond à une chute de cette même pression.

L'auteur a suivi un autre procédé pour apprécier le degré de perméabilité des voies respiratoires de l'animal vivant. Il a imaginé un appareil effectuant la respiration artificielle par une série d'insufflations rythmées alternant avec des aspirations. Les insufflations se font à une pression rigoureusement déterminée (il en est de même des aspirations) et l'on mesure la quantité d'air insufflé en un temps donné. Cette quantité varie nécessairement avec le calibre des tubes bronchiques.

L'auteur a démontré de cette façon que l'excitation mécanique (introduction de sondes boutonnées dans les narines) ou électrique de la surface interne des narines provoquait chez le lapin (par voie réflexe) le rétrécissement des tubes respiratoires. La voie centrifuge de ce réflexe est sans aucun doute constituée par le pneumogastrique; en effet, l'excitation du bout périphérique de ce nerf produit le même effet de rétrécissement. L'expérience donne le même résultat lorsque les terminaisons intracardiaques du pneumogastrique sont paralysées par l'atropine. La plupart des animaux étaient d'ailleurs curarisés.

Quant à l'utilité que peut présenter le phénomène étudié, l'auteur fait remarquer que la muqueuse nasale sera irritée lorsque l'animal respire un air chargé de particules solides et que, dans ce cas, le rétrécissement des petites bronches favorisera l'arrêt de ces poussières et les empêchera de pénétrer dans les alvéoles. LÉON FREDERICQ.

Action physiologique des courants alternatifs, par **A. d'ARSONVAL** (*C. R. de la Société de biologie, p.* 283, 2 *mai* 1891).

L'auteur a annoncé (1885) qu'un muscle peut reproduire la parole et répondre, par conséquent, à plus de 10,000 excitations par seconde. Les phénomènes d'excitation neuro-musculaire augmentent jusqu'à 3,000 excitations à la seconde et décroissent de 5,000 à 10,000, lorsque l'on emploie les courants alternatifs. D'Arsonval admet que lorsque la fréquence est suffisante, le courant passant par le corps d'un animal ne pénètre pas et s'écoule tout entier par la surface. Les courants alternatifs se portent surtout à la surface du conducteur comme l'électricité statique. Si l'on emploie un vibrateur de Hertz, de période égale à 20 billionièmes

de seconde, un résonnateur installé à 50 centimètres donne des étincelles de 6 millimètres de longueur. Elles sont incapables d'exciter la patte galvanoscopique. Si l'on reçoit ces étincelles sur les doigts, sur le bout du nez, sur la pointe de la langue, on n'éprouve absolument aucune sensation de piqûre. Nous n'avons point de terminaisons nerveuses sensitives correspondant à cette période vibratoire. DASTRE.

La fibre musculaire est directement excitable par la lumière, par d'ARSONVAL (*C. R. de la Société de biologie*, *p.* 318, 9 *mai* 1891).

Le muscle irien est excitable par la lumière. Brown-Séquard l'a démontré sur l'œil d'anguille privé de rétine et recevant la lumière à travers un corps athermane (morceau d'alun).

On excite le nerf galvanoscopique de grenouille avec un courant induit au minimum, en reculant au delà du seuil de l'excitation. Si l'on éclaire alors brusquement au moyen de l'arc électrique, on voit un tremblement léger des muscles.

L'expérience réussit mieux en attachant le tendon du gastrocnémien au centre d'une membrane tendue sur un entonnoir mis par un tube, en rapport avec l'oreille. Si l'on envoie sur ce muscle un faisceau lumineux intermittent (300 à 500 fois par seconde) le muscle rend un son faible correspondant à cette hauteur. DASTRE.

Ueber die Summation von Hautreizen (Sur l'addition d'excitations cutanées), par GOLDSCHEIDER et GAD (*Archiv für Physiologie*, 1891, *p.* 164.)

Si l'on déprime légèrement et momentanément la peau au moyen de la pointe d'une aiguille, on observe à la suite de la première impression de piqûre et après un intervalle d'un peu moins d'une seconde, une nouvelle sensation de piqûre un peu différente de la première, ne présentant pas le caractère de sensation tactile, et semblant venir de l'intérieur.

Le même phénomène se montre à la suite d'excitations électriques de la peau, obtenues au moyen de chocs d'induction.

Un seul choc d'induction ne donnera pas naissance à la sensation secondaire. Il en faut plusieurs : le phénomène est peu marqué avec une série de deux à trois excitations seulement; il devient manifeste pour des séries de 4, 5, 6..., excitations se succédant à intervalles de 40 à 70 s. (16 = 0,001 de seconde) surtout de 40 sec., pendant un temps de 80 à 400 sec. La sensation secondaire se montre dans ce cas après la fin de la série d'excitations au bout d'un intervalle de 9/10 de seconde environ.

La sensation secondaire est attribuée ici à un phénomène d'induction, qui sans doute s'opère dans les cellules de la substance grise de la moelle.

Les excitations transmises à la moelle épinière par les racines postérieures se bifurqueraient pour remonter aux centres encéphaliques. Une partie remonterait directement par les voies conscientes des cordons blancs, une autre partie de l'excitation pénétrerait dans la substance grise pour y ébranler les cellules nerveuses. Ces cellules emmagasineraient l'ébranlement et ne réagiraient qu'après addition de plusieurs ébranlements. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Erregbarkeit der Schweissdrüsen vom peripherischen Stumpf ihrer durchschnittenen Nerven aus (Sur l'excitabilité des glandes sudoripares mise en jeu par l'intermédiaire du bout périphérique de leur nerf coupé), par Max LEVY (*Centralblatt für Physiologie*, p. 68, 1891).

L'auteur sectionne le nerf sciatique sur de jeunes chats ; il constate que l'excitation du bout périphérique du nerf ne provoque plus de mouvements dans les muscles, dès le second ou le troisième jour après l'opération, tandis que la sécrétion sudorale s'obtient en moyenne encore après quatre jours, par l'excitation du nerf, et pendant un temps plus long par injection de pilocarpine.

Le même nerf sciatique coupé montre une excitabilité entièrement variable d'un jour à l'autre. Dans une des expériences relatées par l'auteur, le nerf se montra inexcitable le jour même de sa section, tandis que le surlendemain sa galvanisation provoqua une sécrétion sudorale.

Il faut parfois des excitations extrêmement fortes, prolongées pendant un temps fort long, pour obtenir un effet. LÉON FREDERICQ.

Ueber Schweiss-und Talgdrüsensecretion (Sur la sécrétion des glandes sudoripares et sébacées), par Max JOSEPH (*Archiv f. Physiologie*, p. 81, 1891).

On admet en général que les glandes sudoripares secrètent la sueur et les glandes sébacées de la graisse. Cette doctrine classique a été attaquée par Meissner, puis par Unna, qui tous deux admettent que les glandes sudoripares secrètent de la graisse et n'interviennent pas dans la production de la sueur.

L'auteur fait valoir en faveur de la doctrine classique et contre la théorie de Messner-Unna, les arguments suivants:

Il constate des changements manifestes dans l'aspect microscopique des glandes sudoripares de la patte du chat, soit après injection de pilocarpine, soit après excitation du sciatique. Dans le premier cas, la coupe du tube glandulaire a la forme d'un anneau élargi, l'épithélium ne formant qu'une bordure étroite autour de la lumière élargie de la glande ; les fibres musculaires qui entament la glande sont relâchées. Dans le cas de l'excitation du sciatique, au contraire, ces fibres sont contractées, la lumière de la glande a presque disparu, les cellules glandulaires sont pressées les unes contre les autres et occupent presque toute la surface de la coupe. Quelques légères différences s'observent aussi au point de vue de la facilité avec laquelle les cellules glandulaires absorbent les matières colorantes suivant qu'elles secrètent ou qu'elles sont au repos.

Les préparations à l'acide osmique montrent que les glandes sudoripares ne contiennent pas de graisse.

Les figures karyokinétiques, si nombreuses dans les glandes sébacées, sont fort rares dans les glandes sudoripares, même après injection de pilocarpine. Il n'y a donc pas ici destruction et renouvellement rapide de cellules comme dans les glandes sébacées.

Enfin, on a fait valoir l'analogie de structure entre les glandes sudoripares et les glandes axillaires et cérumineuses, comme argument à l'appui de la production de graisse dans les glandes sudoripares. L'auteur montre que cette prétendue équivalence histologique n'existe pas, et que d'ailleurs il n'est pas prouvé par exemple que les glandes cérumi-

neuses produisent de la graisse. On trouve, en effet, à côté de ces glandes beaucoup de glandes sébacées qui sans doute produisent la plus grande partie de la graisse du cérumen; il se pourrait que les glandes cérumineuses eussent seulement pour rôle de produire la matière colorante du cérumen. LÉON FREDERICQ.

Die Verdauung lebenden Gewebes und die Darmparasiten (La digestion des tissus vivants et les parasites intestinaux), par J. FRENZEL (*Arch. f. Physiologie, p.* 293, 1891).

Les tissus vivants sont parfaitement attaqués par les sucs digestifs : ainsi l'arrière-train d'une grenouille plongé dans du suc gastrique ou du suc pancréatique ne tarde pas à s'y dissoudre. La surface de l'intestin, celle des parasites intestinaux fait exception. Tant que l'estomac ou l'intestin, ou les vers intestinaux sont vivants, ils résistent à l'action des ferments digestifs. Dès qu'ils sont morts, ils sont rapidement attaqués par les sucs à l'action desquels ils résistaient pendant la vie. L'auteur place par exemple dans un suc gastrique artificiel, des ascarides provenant de l'estomac d'une Iguane, en ayant soin de tuer au préalable par la chaleur quelques-uns des vers. Les exemplaires vivants résistèrent et continuèrent à vivre dans le suc gastrique, les morts furent attaqués et complètement dissous en quelques heures, y compris leur cuticule chitineuse.

L'auteur émet l'hypothèse que l'immunité dont jouissent les parois de l'intestin, ainsi que la surface des parasites intestinaux, vis-à-vis de l'action de la pepsine, de la trypsine, etc., provient de ce que les cellules de la surface de l'intestin, celle du revêtement externe des parasites, fabriquent pendant la vie des substances (antienzymes, antipepsine, antitrypsines) qui neutralisent l'action des ferments digestifs. De cette façon ces surfaces peuvent absorber les substances nutritives, peptone, sucre, etc., sans subir l'action destructive des ferments. LÉON FREDERICQ.

Sur la digestion stomacale chez la grenouille, par Ch. CONTEJEAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *avril* 1891).

D'après Heidenhain les cellules claires des glandes gastriques (dites cellules principales ou adélomorphes) sécréteraient exclusivement la pepsine, tandis que la sécrétion de l'acide du suc gastrique serait due aux cellules granuleuses dites de bordure ou délomorphes. Chez la grenouille, les glandes de l'estomac ne renferment que des cellules dites de bordure, et c'est dans les parois de l'œsophage que sont accumulées des glandes formées uniquement de cellules identiques à celles dites cellules principales. Or, en expérimentant isolément avec l'œsophage d'une part, avec l'estomac d'autre part, on constate en effet que les glandes de l'œsophage sécrètent de la pepsine; mais que les glandes stomacales, tout en sécrétant des acides, fabriquent aussi de la pepsine. En tout cas, la pepsine sécrétée par l'œsophage, est plus abondante et plus active, chez la grenouille, que celle de l'estomac. M. D.

On the fate of peptone in the lymphatic system, par L. E. SHORE (*The Journal of Physiology. XI. Supplément, p.* 528).

Hoffmeister (1881) a montré que les peptones formées dans l'intestin

étaient modifiées en traversant la muqueuse intestinale et que l'on ne retrouvait plus de peptone dans le sang. Plosz et Gyergyai (1875) ont admis que les peptones absorbées passaient dans la veine mésentérique et dans la veine porte et qu'elles étaient transformées dans le foie.

Schmidt-Müllheim (1880), ou n'a point trouvé de peptones dans le sang, ou en a trouvé 1 décigramme pour 1000 dans le sang porte, pour 8 centigrammes dans le sang carotidien; rien dans le canal thoracique. Injectées dans le sang, les peptones disparaissent successivement : une partie est excrétée par l'urine, le reste est transformé en d'autres protéides par le foie et les autres organes, ou peut-être par le sang lui-même. Cependant Hoffmeister, chez le lapin, a retrouvé 80 0/0 de la peptone injectée dans l'urine et le reste dans le tissu du rein. Chez les chiens, après injection sous-cutanée, il a retrouvé 70 0/0. Chez les animaux en digestion, il y a très peu de peptone dans le sang, davantage dans la rate, plus dans les parois de l'intestin et de l'estomac. Ce seraient les globules blancs qui résorberaient les peptones en les assimilant et les transformant.

Neumeister (1888), précipitant par le sulfate d'ammonium tous les protéides, sauf les peptones et les deutéro-albumoses (méthode de Kühne), n'a pas trouvé de peptones dans le sang. Il a vu que celles qui étaient artificiellement introduites dans le sang passaient sans changement dans l'urine.

Heidenhain (1888), a critiqué ces vues : il a trouvé que le pourcentage du chyle en protéides ne variait pas (2.1 0/0) et que les globules blancs devraient, selon Hoffmeister, fixer et transformer 13^{gr},7 de protéides secs par gramme de globule blanc sec. Shore a cherché de nouveau ce que devenaient les peptones introduites dans le système lymphatique. Il s'est assuré que ces peptones pouvaient être recueillies sans changement. Les cellules des glandes lymphatiques n'auraient pas le pouvoir d'assimiler les peptones. Les cellules de la rate ne les fixent ni ne les transforment. Le foie ne prend point de part à la transformation normale des peptones. Cette transformation normale est exécutée par les cellules de l'épithélium intestinal. Celles-ci auraient deux fonctions distinctes ou confondues : fonction d'absorption et fonction de transformation.

DASTRE.

Das Verhalten der Verdauungsenzyme bei Temperaturverhöhungen (Action des températures élevées sur les ferments digestifs), par E. BIERNACKI (*Zeits. für Biologie*, *XXVIII*, *p.* 50, 1891).

L'auteur a déterminé pour chacun des ferments digestifs, la température au-dessus de laquelle ils perdent leur activité et quelques-unes des circonstances qui peuvent élever ou abaisser cette température critique.

Une solution de trypsine pure (dans la soude à 0.25 0.5 0/0), chauffée pendant cinq minutes à + 50° perd irrévocablement toutes les propriétés digestives. Si on la chauffe à + 45°, elle conserve ses propriétés, mais son action digestive est affaiblie. Quant à la digestion tryptique, c'est à + 40° qu'elle présente son maximum d'activité.

La présence de certains sels (sulfate, nitrate et chlorure ammoniques, chlorure sodique), celle de la peptone (amphopeptone et antipeptone) ou de la propeptone (albumose) ont pour effet d'augmenter la résistance

que présente la trypsine aux températures élevées. On peut, dans ce cas, la chauffer jusqu'à + 60°, avant qu'elle ne perde son activité. L'action d'une température de + 55° ne supprime pas, mais se borne à affaiblir son action digestive. Cette action protectrice des sels et des dérivés albuminoïdes, ne s'exerce qu'en solution alcaline.

Les solutions neutres ou acides de trypsine perdent leur activité à + 45°, que le liquide contienne ou non des sels ou des peptones. L'alcali exerce donc également une action protectrice sur la trypsine.

Déjà à + 40°, les solutions acides ou neutres de trypsine pure présentent un affaiblissement de leur action. Le maximum d'activité se montre dans ce cas vers 33-35°.

Le suc pancréatique naturel résiste jusqu'à 55° (présence de sels et d'albuminoïdes).

La pepsine pure en solution neutre est détruite à + 55°, qu'il y ait ou non des sels ou des peptones dans la solution. En solution acide (0.2 0/0 H Cl.), elle ne s'altère qu'à + 60°. La présence des sels énumérés précédemment, élève cette température critique à + 65° et s'il y a de la peptone en solution, il faut chauffer jusqu'à + 70° pour supprimer l'activité de la pepsine. Si l'on soumet dans chacun de ces cas, la solution de pepsine à une température un peu inférieure à celle indiquée, on constate que son action digestive est conservée, mais fortement affaiblie.

La salive non filtrée perd ses propriétés diastatiques à 75°, après filtration à + 70° et après dilution au moyen de dix volumes d'eau distillée, à + 60°. Une solution de ptyaline perd son activité à + 70° et, si elle est très diluée, à + 60°. La réaction ne paraît pas avoir grande influence. La peptone, la propeptone et les sels mentionnés plus haut exercent sur la ptyaline la même action protectrice que sur la trypsine et la pepsine, et élèvent la température critique de 60° à 65° et même à 70°. L'action protectrice est particulièrement marquée en solution alcaline.

La présence de quantités notables de sels neutres diminue considérablement l'activité de la pepsine. La digestion tryptique est beaucoup moins influencée par la présence des sels neutres. Le chlorure de sodium et le sulfate de magnésium paraissent seuls la ralentir. La digestion tryptique se poursuit encore dans les solutions alcalines saturées de chlorure de sodium, sulfate de magnésium, sulfate de sodium, phosphate de sodium et oxalate d'ammoniaque. Elle se poursuit également dans les solutions saturées neutres des trois derniers sels. La digestion tryptique ne se produit évidemment pas dans les solutions saturées des sels qui précipitent la trypsine : chlorure, sulfate, phosphate et nitrate d'ammoniaque. LÉON FREDERICQ.

The action of alcohols and aldehydes on proteid substances (Action des alcools et des aldéhydes sur les substances protéiques), par Lauder BRUNTON et Sidney MARTIN (*The Journal of Physiology*, *XII*, p. 1, 1891).

Les auteurs ont étudié les alcools éthylique, propylique, méthylique, isobutylique, isopropylique, amylique, heptylique, octylique, allylique— et les aldéhydes acétique, propylique et isobutylique. Le résultat gé-

néral, c'est que les alcools les plus élevés dans la série ont la moindre action pour coaguler et précipiter les protéides. L'alcool allylique fait exception : c'est un coagulant énergique de l'albumine d'œuf et c'est le seul alcool qui coagule les albumoses. DASTRE.

Formation et transformation des hydrates de carbone dans les plantes et chez les animaux, par A. MARCACCI (*Arch. ital. de biologie, XV, p.* 283, *et Atti. d. Socet. Toscan. di scienz. Ital. Piso, XI*).

L'auteur, par de nombreuses recherches faites avec la glycose, la saccharose, l'amidon cuit ou cru, la dextrine, la gomme, démontre que ces substances peuvent être toutes transformées en glycose par le travail cellulaire, dans le règne animal comme dans le règne végétal, à l'exclusion de ferments diastasiques isolables. DASTRE.

Ueber die Ausnützung von Margarin, Butter und hartem Roggenbrod im Darme des Menschen (Sur l'utilisation de la margarine, du beurre et du pain de seigle dur dans le tube digestif de l'homme), par E. O. HULTGREN et E. LANDERGREN (*Skandin. Archiv für Physiologie, II, p.* 373,).

Les auteurs ont étudié, sous la direction de Tigerstedt et en se servant de la méthode de Rubner, la digestibilité de repas composés de pain noir et de beurre ou de margarine (beurre artificiel).

Chez l'un d'eux, 4.58 0/0 de la margarine ingérée et seulement 2.74 0/0 du beurre furent retrouvés dans les excréments. Différence : 1.84 0/0. Chez l'autre sujet, 7.81 0/0 de margarine et de 6.40 0/0 de beurre (différence de 1.41 0/0) échappèrent à la digestion. Quant au pain de seigle, on retrouva dans les excréments respectivement 10.1, 9.6, 9.8 et 8.3 0/0 des constituants non azotés du pain dans quatre expériences.

La margarine est donc un peu moins bien digérée que le beurre ; le pain de seigle est loin d'être digéré en entier. LÉON FREDERICQ.

Der Abbau der Eiweissstoffe (La constitution des matières albuminoïdes, par E. DRECHSEL (*Archiv für Physiologie, p.* 248, 1891).

1° *Introduction*, par E. Drechsel.

L'auteur rappelle les travaux de Hlasiwetz et Habermann, de Horbaczewski, de Schutzenberger, etc., sur les produits de décomposition que fournissent les matières albuminoïdes, quand on les traite par les acides ou par les bases. Il esquisse la série de transformations que l'albumine subit dans l'organisme avant d'aboutir à CO^2,H^2O, urée, etc.

2° *Sur les produits de dédoublement de la caséine*, par E. Drechsel.

Hlasiwetz et Habermann ont obtenu, par l'action de l'acide chlorhydrique sur la caséine, de la leucine, de la tyrosine, des acides glutamique et aspartique et de l'ammoniaque. Mais la somme de ces substances ne représente qu'une fraction de la caséine employée. Il doit donc y avoir d'autres produits de décomposition que Drechsel a cherché à isoler.

Il fait bouillir la caséine pendant trois jours avec de l'acide chlorhydrique et éloigne les acides amidés d'après la méthode de Hlasiwetz et Habermann. Puis il précipite les bases par l'acide phosphomolybdique. Le précipité lavé à l'acide sulfurique très dilué est décomposé à chaud par la baryte. L'excès de baryte est exactement précipité par l'acide sul-

furique, puis le filtrat acidulé par l'acide chlorhydrique est évaporé à consistance sirupeuse. Le sirop ne tarde pas à cristalliser et à fournir le chlorure d'une base $C^6H^{14}N^2O^2$, la *lysine*, substance dextrogyre soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool absolu, précipitant par le chlorure de platine en beaux prismes jaunes, formant deux chlorhydrates, etc. Cette base, qui a la composition de la diamide de l'acide capronique, paraît être l'homologue de l'ornithin $C^5H^{12}N^2O^2$ de Jaffé.

Chauffée à 120°-130° avec de la baryte, elle se décompose et fournit CO^2.

L'auteur a obtenu également une base de la formule $C^8H^{22}N^2O^3$ dont il a analysé le chloroplatinate.

3° *Sur la formation d'urée aux dépens d'albumine*, par E. Drechsel.

L'auteur rappelle les tentatives infructueuses faites jusqu'à présent pour obtenir l'urée par oxydation de l'albumine. L'urée que Béchamp et Ritter crurent avoir obtenu par l'action du permanganate de potassium n'était probablement que de la guanidine.

Les eaux mères d'où la base $C^6H^{14}N^2O^2$ s'est séparée, fournit une autre base $C^6H^{13}N^3O^2$, la *lysatine*, analogue de la *créatine* ($C^6H^{11}N^3O$ = *lysatinine*, analogue de la *créatinine*), La lysatine bouillie avec la baryte fournit de l'urée en quantité notable. La préparation de la lysatine et sa décomposition par la baryte constitue donc un procédé pour obtenir de l'urée par la décomposition hydrolitique de l'albumine, sans qu'il y ait oxydation proprement dite.

4° *Sur de nouveaux produits de décomposition de la gélatine*, par Ernest Fischer.

L'auteur a traité la gélatine par l'acide chlorhydrique, d'après la méthode de Hlasiwetz et Habermann, et a obtenu ainsi les mêmes bases que Drechsel avait préparées en partant de la caséine, la base $C^8H^{22}N^2O^3$ et la lystaine $C^6H^{13}N^3O^2$.

La base $C^6H^{14}N^2O^2$ (lysine) s'obtient par l'action de la baryte sur la gélatine, ou sur le mélange de bases provenant de l'action de l'acide chlorhydrique sur la gélatine.

5° *Sur les produits de décomposition des matières albuminoïdes*, par Siegfried.

L'albumine végétale (conglutine des graines de lupin), traitée par l'acide chlorhydrique d'après la méthode de Hlasiwetz et Habermann, fournit des produits de décomposition analogues à ceux que l'on obtient au moyen d'albuminoïdes d'origine animale: plusieurs bases précipitables par l'acide phosphomolybdique, notamment la lysine et la lysatinine et un corps de la formule $C^{11}H^{20}N^6O^6$; de la leucine, de la tyrosine, les acides phényl-α-amidopropionique, glutamique et aspartique, ainsi qu'une glycoprotéine de la formule $(C^4H^8NO^2)^n$.

L'auteur a retrouvé pareillement la lysine, la lysatinine et la substance $C^{11}H^{20}N^6O^6$ dans les produits de décomposition obtenus par l'action de l'acide chlorhydrique sur la fibrine du gluten, sur l'hémiprotéine, sur l'acide oxyprotsulfonique et sur l'albumine de l'œuf.

L'auteur a constaté également que la substance $C^8H^{22}N^2O^3$ dont il a été question plus haut n'est autre que la lysine $C^6H^{14}N^2O^2$ plus de l'alcool de cristallisation.

Par l'action de la baryte à + 150°, la lysine se transforme en un isomère inactif au point de vue optique.

6° *Sur les produits de la digestion tryptique de la fibrine*, par S.-G. Hedin.

En faisant digérer pendant huit jours de la fibrine dans un suc pancréatique artificiel, l'auteur a obtenu une solution d'où il a pu extraire en quantité notable la *lysine* $C^6H^{14}N^2O^2$, cette base que Drechsel, Fischer et Siegfried ont trouvée dans les produits de décomposition de la caséine et de plusieurs autres substances albuminoïdes sous l'influence de l'action prolongée de l'acide chlorhydrique.

Les produits de digestion tryptique de la fibrine semblaient également contenir de la lysatinine $C^6H^{13}N^3O^2$ et plusieurs autres substances intéressantes.

L'infusion de pancréas conservée pendant plusieurs jours à + 40° est le siège d'une autodigestion donnant également naissance à de petites quantités de lysine et probablement aussi à de la lysatinine.

Nous renvoyons à l'original pour les détails de la préparation de ces différentes substances. LÉON FREDERICQ.

Action des antiseptiques sur le ferment saccharifiant du pancréas, par ABELOUS (*C. R. de la Société de biologie, p.* 215, 21 *mars* 1891).

La dose antiseptique étant 1, la dose antizymotique est 11,5 pour le sublimé, 10 pour le phénol, 30 pour l'acide salicylique, 33 pour l'iode, 100 pour le sulfate de cuivre, 10 pour l'alun, 10 pour le tanin, 1 pour l'acide chlorhydrique. L'extrait aqueux de pancréas est capable de transformer le maltose en glucose, en excluant, bien entendu, l'intervention des microbes. DASTRE.

Contribution à l'étude du mécanisme de la sécrétion urinaire, par VAN DER STRICHT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *avril* 1891).

Le plateau qui recouvre la surface interne des cellules sécrétantes du rein doit être considéré comme un véritable organe de protection, destiné à écarter du corps protoplasmique toutes les substances capables d'entraver leurs fonctions. La structure de cette cuticule varie beaucoup d'après le fonctionnement des cellules épithéliales. A l'état de repos complet, elle est homogène (rein de chauve-souris après hibernation). A l'état d'activité elle est traversée par une ou plusieurs stries claires, quand celles-ci sont très nombreuses, elle peut paraître constituée par l'agrégation d'un grand nombre de petits bâtonnets, séparés par un suc intermédiaire clair. Souvent aussi le plateau est divisé en plusieurs fragments soulevés par le liquide accumulé à l'intérieur du protoplasma. Enfin, à la suite d'une activité exagérée, la cuticule peut être détachée et entraînée avec l'urine.

Les produits de la sécrétion rénale s'accumulent à l'intérieur des cellules épithéliales sous forme d'amas liquides, présentant l'aspect de stries, de boules ou de vésicules de volume très variable, d'une apparence homogène, hyaline, analogue au contenu des canalicules contournés. Ils sont déversés dans l'intérieur de ces derniers par des interstices plus ou moins larges du plateau. Des amas liquides volumineux font souvent ir-

ruption, à travers la cuticule de revêtement, à l'intérieur des canalicules. Ils la soulèvent et l'entraînent quelques fois à leur suite. M. DUVAL.

Bedeutung des Ohres für die normalen Muskelcontractionen (Signification de l'oreille pour les contractions musculaires normales), par Rich. EWALD (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 4, 1891).

L'auteur a été conduit par ses travaux précédents à conclure que le labyrinthe de l'oreille est d'une façon parmanente, le point de départ d'excitations sensibles qui remontent vers les centres nerveux et dont l'action est indispensable au fonctionnement normal des muscles striés.

Chez les animaux qui ont subi la double extirpation du labyrinthe, la musculature est relâchée et a perdu de son élasticité et de son excitabilité. L'altération n'atteint pas le même degré dans tous les muscles : les muscles les plus atteints sont ceux de la partie antérieure du corps, la tête, puis ceux du membre antérieur et du tronc. Ceux des membres postérieurs sont le moins altérés dans leur fonctionnement. Le sens musculaire est affaibli, quoique la sensibilité cutanée soit intacte.

L'auteur décrit quelques-unes des particularités que présentent les grenouilles, les poissons et les pigeons après l'extirpation du labyrinthe. (*Voy. R. S. M.*, XXXVIII, 37.) LÉON FREDERICQ.

On cutaneous pigment par Sheridan DELÉPINE (*Proceedings of the Physiological Society, décembre* 1890 *et The Journal of Physiology, XII, p.* 97).

D'après l'auteur, la mélanine ne dériverait point de l'hémoglobine. Elle est constamment élaborée, ou d'une manière intermittente, dans les couches profondes de l'épiderme, moelle des poils et autres structures épithéliales. Une substance liée à la mélanine passe d'une manière continue ou intermittente des couches profondes de l'épiderme dans les lymphatiques de la peau. Cette fonction a probablement un rapport important avec la production de l'hémoglobine. La mélanose proviendrait d'une surproduction, d'un défaut d'assimilation, ou d'une obstruction des voies de transport. La production du pigment cutané serait limitée par l'accumulation de mélanine précipitée dans le réseau de Malpighi et qui forme écran pour les cellules sous-jacentes les plus profondes de cette couche. Ce sont là surtout des vues théoriques. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Cours de chimie, tome III, chimie biologique, par A. GAUTIER (*Un vol. in-8°, Paris*).

Cette troisième partie du *Cours de chimie* constitue une œuvre considérable, unique dans son genre en Farnce. Elle traite des phénomènes

de la vie considérés dans leurs rapports avec les phénomènes physico-chimiques.

Personne mieux que Gautier ne pouvait entreprendre un pareil sujet et mener à bien une tâche aussi ardue, hérissée de difficultés, de contradictions et de lacunes sans nombre. Il s'est tiré de là avec un véritable succès. Au milieu de ce dédale de faits incomplets, d'innombrables documents souvent incohérents, il a su s'orienter avec une compétence qui lui fait honneur. Il a su grouper et condenser avec ordre et clarté les nombreuses recherches faites dans ces dernières années en chimie biologique. On éprouve une véritable satisfaction en lisant, par exemple, l'histoire chimique des matières albuminoïdes, des leucomaïnes, des ptomaïnes, naguère si obscure et sur laquelle il a su jeter une vive lumière autant par des recherches personnelles nombreuses que par le relief qu'il a su donner aux travaux d'autrui en dégageant avec netteté les rapports souvent obscurs qui relient tous les documents entre eux.

Beaucoup de ces travaux ont marqué de grosses étapes dans l'évolution de la biologie chimique. Le temps a passé sur eux et leur a imprimé sa sanction infaillible : c'est le plus bel éloge que nous puissions faire du livre tout entier.

Voici, en quelques mots, la division de l'ouvrage.

Il comprend cinq parties. Dans la *première* A. Gautier passe en revue les origines et les modes de formation de la matière organique chez les être vivants. Il y étudie un certain nombre de lois générales qui président à la transformation des principes immédiats nécessaires à la vie : assimilation des éléments simples, azote, hydrogène, oxygène, matières minérales, etc.; désassimilation et produits qui en résultent.

La *deuxième* partie est consacrée à l'étude chimique proprement dite des principes constitutifs des êtres vivants, depuis l'albumine avec ses nombreuses variétés et sa molécule chimique complexe, établie avec soin, d'après les documents les plus positifs, jusqu'aux éléments les plus simples. A citer tout particulièrement les chapitres relatifs aux ptomaïnes, leucomaïnes (xanthiques et créatiniques), toxalbumines, etc.

C'est une partie pleine d'attraits et d'actualité.

Les troisième et quatrième parties constituent l'étude chimique et physiologique des tissus, des humeurs et des grandes fonctions : respiration, digestion, désassimilation, urination, etc. Les documents analytiques y abondent; le choix des moyens, fait avec soin, est des plus complets. A citer tout spécialement, l'étude analytique de la bile, de l'estomac, des urines; celle des ferments avec leur mécanisme d'action complexe, etc.

La cinquième partie, enfin, constitue un ensemble de considérations élevées et nouvelles sur les sources diverses de l'énergie nécessaire à l'entretien de la vie, sur l'équilibre entre l'alimentation et la production de chaleur et de travail, etc. C'est un essai d'étude synthétique de la vie d'ensemble résultant de la coordination des forces physico-chimiques qui résident dans la constitution chimique et l'agencement entre eux des tissus de l'être organisé.

J. WINTER.

The proteids of milk (Les substances protéiques du lait), par W. D. HALLIBURTON (*The Journal of Physiology, XI, p.* 448).

On sait qu'en outre de la caséine, on a décrit récemment une lacto-albumine, une lacto-globuline, une lacto-protéine, des peptones, protéoses et albumoses. L'auteur reprend cette étude. Il arrive aux résultats suivants : 1° La principale protéide est le caséinogène, précipitable par certains sels neutres et par l'acide acétique. On peut l'obtenir à l'état de pureté suffisante en combinant ces deux méthodes. 2° Le nom de caséine doit être réservé au coagulum produit par le lab dans le caséinogène. 3° Dans la classification des matières protéiques, la caséine doit être réunie aux autres matières insolubles, fibrine, gluten, formées par l'activité d'un ferment préexistant agissant sur des protéides solubles. 4° Le caséinogène forme avec le protéide du petit-lait un nouveau groupe. Ils ressemblent aux globulines, tant que leurs solutions ne sont pas coagulées par la chaleur, mais seulement rendues opalescentes. Cette opalescence disparaît d'ailleurs par le refroidissement, si l'action de la chaleur n'a pas été poussée trop loin. 5° La lacto-albumine est tout à fait analogue à la serumalbumine. Elle en diffère par son pouvoir rotatoire spécifique, par la manière dont elle est coagulée par la chaleur et précipitée par certains sels neutres. 6° Le caséinogène et la lactalbumine sont les seuls protéides contenues dans le lait. 7° Le protéide décrit comme lacto-globuline n'existe pas. On a cru à son existence parce que l'on a méconnu le fait que le chlorure de sodium et le sulfate de magnésie à saturation précipitent l'albumine. 8° Les protéides appelés lacto-protéine, peptone, hémi-albumose, n'existent point dans le lait. On a été induit en erreur par des méthodes d'analyse fautives. 9° Lorsque le lait sûrit, c'est-à-dire subit la fermentation lactique, il s'y développe des protéoses primaires, particulièrement de la proto-protéose. 10° Le protéide du petit-lait, qui se forme pendant la fermentation du lab, n'appartient point à la classe des peptones ou des protéoses, mais il doit être réuni au caséinogène dans un groupe voisin des globulines. DASTRE.

Ueber die Bildung von Milchsäure und Glycose im Organismus bei Stauerstoffmangel (Formation d'acide lactique et de glucose dans l'organisme par défaut d'oxygène), 2e mémoire, par T. ARAKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie XV, p.* 546-561).

Chez la grenouille, l'empoisonnement par la morphine fait apparaître dans l'urine l'acide lactique, mais pas de sucre ; chez le lapin et chez le chien, on trouve, avec les animaux bien nourris, de l'acide lactique et du glucose sans albumine ; chez les animaux en inanition, de l'acide lactique et de l'albumine sans glucose.

Le nitrite d'amyle produit, chez le lapin bien nourri, du glucose et de l'acide lactique sans albumine ; chez le lapin en inanition, de l'acide lactique et de l'albumine sans glucose ; chez le chien, nourri ou en inanition, de l'acide lactique et du sucre sans albumine.

Enfin la cocaïne fait apparaître, chez la grenouille, l'acide lactique sans sucre ; chez le lapin, l'acide lactique sans albumine ni sucre. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 456.) AD. F.

Ueber das Verhalten des specifischen Gewichtes des Blutes in Krankheiten (De la densité du sang dans les maladies), par HAMMERSCHLAG (*Centrbl. f. klin. Med.*, n° 44, 1891).

La densité du sang est principalement sous la dépendance de sa richesse en hémoglobine, cette substance constituant environ la moitié des matériaux fixes du sang ; elle ne dépend nullement du nombre des globules rouges.

Chez les chlorotiques, les anémiques, les tuberculeux et les cancéreux, il existe un rapport constant entre la teneur en hémoglobine et la densité du sang. Aussi peut-on se rendre compte de cette richésse en hémoglobine, et par suite de l'état du malade, en se bornant à déterminer le poids spécifique du sang. Cette dernière opération se fait très rapidement en projetant une goutte de sang dans un mélange de chloroforme et de benzol ; si la goutte surnage, on ajoute du benzol au mélange, si elle tombe au fond, du chloroforme, jusqu'à ce qu'elle flotte au milieu du liquide dont elle a alors la densité. Cette dernière donnée est obtenue à l'aide de l'aréomètre.

Dans la néphrite, surtout dans la variété parenchymateuse chronique, la densité du sang est inférieure à celle à celle qu'indiquerait sa teneur en hémoglobine. Cela tient à l'hydrémie. Dans les diabètes, le rapport est à peu près normal, tant que les fonctions principales s'accomplissent à peu près satisfaisantes. Ce rapport est encore sensiblement normal dans les maladies du cœur, même avec œdème. La fièvre abaisse la densité du sang qui redevient plus considérable après la chute de la température. (Voy. p. 24.) LEFLAIVE.

Ueber ein Verfahren zum Enteiweissen des Blutes für die Zuckerbestimmung (Procédé pour priver le sang d'albumine en vue du dosage du sucre), par M. ABELES (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XV, p.* 495-505).

Les diverses méthodes employées jusqu'à ce jour pour priver le sang de matières albuminoïdes, en vue du dosage du sucre, ont l'inconvénient d'exiger de nombreux lavages du coagulum, et par suite d'augmenter considérablement le volume du liquide dans lequel on a à doser de très petites quantités de sucre. C'est ainsi que 50 centimètres cubes de sang, contenant de 50 à 70 milligrammes de sucre, traités par exemple par la méthode de Claude Bernard, donnent finalement, si l'on effectue convenablement les lavages, plusieurs litres de liquide.

La méthode suivante, un peu compliquée en apparence, simple en réalité dans l'exécution, évite cet inconvénient, tout en offrant une précision égale sinon supérieure à celle des diverses méthodes connues : On prépare une solution d'acétate de zinc dans l'alcool absolu, qui doit occuper le même volume que le sang à analyser et renfermer en acétate de zinc 5 0/0 du poids du sang (un excès d'alcool ne gêne pas, mais une quantité insuffisante aurait des inconvénients), et on y laisse couler le sang à analyser ; on agite le mélange avec une baguette jusqu'à ce que le précipité ait pris une teinte grisâtre ; on filtre sur un filtre mouillé d'alcool, on lave le précipité à l'alcool, on l'exprime à la presse dans une toile, puis on le triture dans un mortier avec de l'alcool, on filtre et on presse de nouveau et en réunissant chaque fois l'alcool de lavage à la liqueur filtrée primitive.

On précipite alors le zinc par une solution de carbonate de sodium à 20 0/0 ajoutée jusqu'à réaction nettement alcaline : en filtrant, on obtient un liquide incolore, dont le volume ne dépasse pas 300 centimètres cubes si l'on a opéré sur 50 centimètres cubes de sang. On acidule légèrement par l'acide acétique, on évapore à 30 centimètres cubes, on ajoute encore quelques gouttes d'une solution aqueuse concentrée d'acétate de zinc, puis du carbonate de sodium jusqu'à réaction alcaline, on filtre sur un filtre sec, et on peut employer directement pour le dosage du sucre la liqueur ainsi obtenue, dont le volume est sensiblement égal à celui du sang primitif.

L'auteur s'est assuré que cette méthode peut être employée soit avec le sang artériel ou veineux sortant du vaisseau, soit avec du sang défibriné et additionné d'une quantité connue de sucre. Les avantages qu'elle présente sont les suivants : 1° l'emploi d'une solution alcoolique d'acétate de zinc arrête immédiatement dans le sang les phénomènes vitaux qui peuvent influer sur sa teneur en sucre (ferment glycolytique) ; 2° on opère à froid et l'on n'a que peu de liquide à évaporer ; 3° les solutions employées au titrage sont sensiblement incolores et entièrement exemptes d'albuminoïdes ; 4° l'exactitude de la méthode est égale, sinon supérieure, à celle de tous les autres procédés connus.

On remarquera avec l'auteur qu'on peut appliquer la méthode précédente au dosage de n'importe quel principe immédiat du sang, soluble dans l'alcool, tel que l'urée par exemple. AD. F.

De l'enrichissement du sang en hémoglobine, suivant les conditions d'existence, par A. MUNTZ (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *février* 1891).

On sait que le pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène diminue sous l'influence de la dépression, et que cependant les animaux vivant sur les hauts lieux s'acclimatent de manière à ne pas éprouver les effets de cette dépression. Paul Bert a attribué cette acclimatation à l'augmentation du pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène. Les expériences de Muntz démontrent le bien-fondé de cette hypothèse. Des lapins de la plaine ont été acclimatés au Pic du Midi et s'y sont reproduits normalement. Au bout de sept ans on a examiné leur sang comparativement avec celui des lapins vivant dans les plaines, et on a trouvé qu'il renfermait presque le double de fer, et absorbait bien plus puissamment l'oxygène. Du reste d'autres observations faites sur les moutons ont montré à l'auteur qu'une durée de temps bien moins grande est suffisante pour amener cette acclimatation ; six semaines ont suffi ici pour l'enrichissement du sang permettant aux fonctions respiratoires de s'exercer avec la même intensité dans les grandes altitudes où la tension de l'oxygène est faible. M. DUVAL.

Sur la transformation de l'hémoglobine oxycarbonée en méthémoglobine, et sur un nouveau procédé de recherche de l'oxyde de carbone dans le sang, par BERTIN-SANS et J. MOITESSIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *juillet* 1891).

On peut convertir en méthémoglobine l'hémoglobine oxycarbonée, presque aussi facilement que l'oxyhémoglobine ; mais par l'action du sulfure ammonique, la seconde méthémoglobine donne de l'hémoglobine réduite, tandis que la première redonne l'hémoglobine oxycarbonée dont

elle dérive. On en avait conclu que la méthémoglobine formerait une combinaison avec l'oxyde de carbone. Il n'en est rien. L'oxyde de carbone contenu dans les solutions de méthémoglobine dérivée de l'hémoglobine oxycarbonée se comporte comme s'il était dissous dans l'eau. Et en effet il n'offre pas dans ce cas, à l'action du vide, une résistance plus grande qu'une simple solution d'oxyde de carbone. Si donc on transforme l'hémoglobine oxycarbonée en un mélange de méthémoglobine et d'oxyde de carbone, il devient aussitôt facile de faire de ce dernier gaz une analyse quantitative très précise. M. DUVAL.

The crystallisation of hœmoglobin in man and the lower animals and of hœmochromogen in man, par S. COPEMAN (*The Journal of Physiology, XI, p.* 401).

Les méthodes qui ont été employées pour obtenir les cristaux d'hémoglobine chez l'homme et chez les animaux domestiques (où cette cristallisation est difficile) sont les suivantes : 1° Agitation avec l'éther ; 2° demi-digestion dans l'estomac de la sangsue commune ; 3° traitement par la bile ; 4° addition au sang de sérum décomposé ou de liquide péricardique. C'est ce dernier procédé auquel l'auteur a eu recours et qui donne un résultat immanquable. Les autres sont plus ou moins faillibles. On obtient chez l'homme, de cette manière, des cristaux d'hémoglobine réduite et non d'hémoglobine oxygénée. Pour ce qui concerne les animaux domestiques, on peut modifier de la manière suivante la méthode de Gamgee : on ajoutera au sang défibriné 1/16 de son volume d'éther ; on agitera le mélange pendant quelques minutes jusqu'à ce qu'il devienne parfaitement transparent ou laqué. On bouche de manière à prévenir l'accès de l'air. On conserve à la température ordinaire. DASTRE.

Beiträge zur Alkalimetrie des Blutes (Contribution à l'alcalimétrie du sang), par H. WINTERNITZ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XV, p.* 505 513).

L'auteur place à demeure dans la carotide de l'animal en expérience (lapin) une canule que l'on peut mettre en communication, à l'aide d'un caoutchouc muni d'une pince, avec une pipette de 1 centimètre cube, graduée en dixièmes de centimètre cube. La pipette étant remplie, on fait tomber le sang par dixièmes de centimètre cube dans une série de verres de montre où l'on a préalablement placé des quantités progressivement croissantes d'une solution déci-normale d'acide tartrique dans le sulfate de sodium à 10 0/0. On examine ensuite, au moyen d'un papier de tournesol sensible, la réaction de chaque prise d'essai.

On trouve ainsi en moyenne que l'alcalinité de 100 centimètres cubes de sang de lapin ont une alcalinité exprimée par $0^{gr},165$ NaOH.

On constate en outre que l'alcalinité du sang diminue constamment depuis sa sortie du vaisseau jusqu'au moment de sa coagulation, après quoi elle demeure stationnaire (au moins pendant 24 heures). Par contre, le sang immédiatement neutralisé par l'acide tartrique reste neutre au contact de l'air (au moins pendant 12 heures).

L'alcalinité du sang artériel est exactement la même que celle du sang pris dans le cœur au moment de la mort de l'animal (tué rapidement par strangulation). Enfin, la quantité de sulfate de sodium ajoutée à l'acide tartrique est sans influence sur le résultat du dosage. AD. F.

Ueber das Vorkommen von Kohlehydraten im Harn von Thieren (Présence d'hydrates de carbone dans l'urine des animaux), par E. ROOS (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XV*, *p.* 513-539).

On peut utiliser, pour rechercher qualitativement la présence des hydrates de carbone dans une urine, trois méthodes principales : 1° on utilise la coloration violette que prend une solution chloroformique d'α-naphtol au contact d'un mélange d'acide sulfurique et d'un hydrate de carbone (cette réaction est due au furfurol produit par l'action de l'acide sulfurique sur les hydrates de carbone) ; 2° on précipite l'hydrate de carbone à l'état de dérivé benzoylé, en agitant l'urine avec du chlorure de benzoyle et de la soude ; 3° on le précipite à l'état de combinaison phénylhydrazinique au moyen d'un mélange d'acétate de sodium et de chlorhydrate de phénylhydrazine. (Voir le mémoire original pour les détails du mode opératoire.)

Ces trois méthodes ont permis de constater qu'à l'état normal les urines de chien, de cheval et de lapin contiennent une certaine quantité d'hydrates de carbone (on en trouve plus chez le chien que chez le cheval, plus chez celui-ci que chez le lapin). Les trois méthodes donnent des résultats concordants ; toutefois, la méthode à la phénylhydrazine ne peut être appliquée chez le cheval et chez le lapin qu'après précipitation au sous-acétate de plomb. On a remarqué, au cours de ce travail, que les urines de ces trois animaux sont légèrement lévogyres. AD. F.

Ueber die Einwirkung der Bacillen des malignen Œdems auf Kohlehydrate und Milchsäure (Action du bacille de l'œdème malin sur les hydrates de carbone et sur l'acide lactique), par K. KERRY et S. FRAENKEL (*Monatshefte für Chemie*, *XII*, *p.* 350-356).

Le bacille de l'œdème malin, cultivé sur un mélange de bouillon, de peptone, d'extrait de viande et de lactate de calcium, fournit de l'alcool propylique, de l'acide formique et de l'acide butyrique.

Il convertit le sucre de lait et le sucre de canne en alcool éthylique, acide formique et acide butyrique.

Enfin, avec l'amidon préalablement soumis à une ébullition prolongée, il donne un sucre réducteur dextrogyre qui n'a pas été isolé, de l'alcool éthylique, un mélange d'acide formique et d'un autre acide gras inférieur, et de l'acide lactique inactif.

Ce bacille ne paraît pas attaquer la cellulose pure. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 46.) AD. F.

Beiträge zur Kenntniss der Bildung der Harnsäure und der Xanthinbasen... (Contribution à la connaissance de la formation de l'acide urique et des bases xanthiques, ainsi que de la production des leucocytoses dans l'organisme des mammifères), par J. HORBACZEWKSI (*Monatshefte für Chemie*, *XII*, *p.* 221-276).

Si l'on abandonne à 50°, pendant huit heures, de la rate fraîche réduite en pulpe, avec 8 ou 10 fois son poids d'eau distillée, il se produit un commencement de putréfaction; la masse filtrée fournit une solution qui, après précipitation par le sous-acétate de plomb et stérilisation ne contient encore ni acide urique ni bases xanthiques: cette solution

soumise à l'ébullition se charge immédiatement de xanthine et d'hypoxanthine sans trace d'adénine ni de guanine; si, au lieu de faire bouillir ce liquide, on l'abandonne à 40°, pendant quelques heures, après l'avoir additionné de sang artériel, ou bien d'eau oxygénée, ou même si on le laisse en contact avec l'oxygène à la température indiquée sans addition de substances étrangères, on constate au bout de quelques heures qu'il renferme de l'acide urique (0gr,0025 pour 1 gramme de pulpe splénique). Il existe donc dans la pulpe splénique une substance qui peut, par son dédoublement ou par sa destruction, fournir, suivant les conditions expérimentales, soit des bases xanthiques, soit de l'acide urique. Cette substance provient elle-même de la décomposition de la nucléine contenue dans les éléments lymphoïdes. On peut en effet préparer de la nucléine pure (par la digestion artificielle de la rate) et constater qu'en l'abandonnant à 40° avec du sang, elle se détruit avec formation d'acide urique.

La rate n'est pas le seul organe qui puisse donner naissance à l'acide urique; tous les tissus qui contiennent de la nucléine devront, par leur décomposition, fournir de l'acide urique. L'auteur a contaté en effet, en abandonnant à 40° pendant dix-huit heures des fragments de divers organes (de jeune veau) finement divisés et mélangés avec cinq fois leur poids de sang, la formation d'acide urique ou l'augmentation notable de la quantité d'acide urique primitivement contenue dans le mélange : ses essais ont porté sur les matières suivantes : muqueuse de l'intestin grêle, moelle d'os, thymus, muscle, glandes salivaires, muqueuse gastrique, pancréas, ligament cervical, foie, poumon, cerveau, rein, peau, tendons, cartilages de l'oreille, pus. Tous ces organes peuvent fournir, au lieu d'acide urique, des bases xanthiques : il suffit d'opérer comme on l'a indiqué plus haut à propos de la rate.

Si l'on admet que, dans les expériences qui précèdent, la nucléine est la substance génératrice de l'acide urique, il devient utile de rechercher le rôle de cette substance introduite artificiellement dans l'organisme. Or, des ingestions sous-cutanées de nucléine (en solution dans la potasse faible), ou l'injection de nucléine en suspension dans l'eau provoquent immédiatement, chez le lapin et chez l'homme, une augmentation correspondante de la quantité d'acide urique contenue dans l'urine. On peut donc admettre que la nucléine est la source de l'acide urique normal de l'urine ; mais, comme la plupart de nos tissus ne subissent pas de mutations assez rapides pour rendre compte de la production de cet acide urique, il convient d'admettre que ce sont principalement les leucocytes qui fournissent la nucléine nécessaire. En effet, les conditions physiologiques (telles que l'âge, l'alimentation animale ou végétale, etc.) qui font varier la quantité des leucocytes du sang font varier dans le même sens la quantité d'acide urique de l'urine.

Les substances médicamenteuses paraissent aussi, en général, faire varier dans le même sens, sinon parallèlement, les leucocytes du sang et l'acide urique de l'urine : telles sont la quinine et l'atropine qui les diminuent tous deux, la pilocarpine qui les augmente tous deux. Il convient pourtant de mentionner ce fait que l'antipyrine et l'antifébrine augmentent les leucocytes tout en diminuant l'acide urique.

La formation de l'acide urique dans les états pathologiques paraît aussi étroitement liée à l'augmentation des leucocytes, comme dans la leu-

cémie, ou bien à une destruction rapide des tissus entraînant une production exagérée de nucléine, comme dans les maladies fébriles aiguës, l'inanition, les brûlures au 3e degré, etc. Quant à la diminution de l'acide urique, elle peut être due à diverses causes, notamment à un dédoublement particulier de la nucléine qui donnerait de la xanthine au lieu d'acide urique, ou bien à une oxydation ultérieure de l'acide urique déjà formé.

La leucocytose peut être produite artificiellement et avec une grande intensité par l'ingestion de quantités minimes de nucléine. Suivant l'auteur, les leucocytoses pathologiques doivent se rattacher aux deux causes suivantes : 1° Destruction rapide de tissus riches en nucléine ; 2° production par l'organisme de toxines qui réagiraient à leur tour sur l'organisme à la façon, par exemple, de la pilocarpine ; c'est à la seconde cause qu'on rattachera la leucocytose inflammatoire qui accompagne la formation des exsudats; c'est à la première qu'on rapportera la leucocytose consécutive à l'intoxication par le phosphore ou à des brûlures du tégument.

Quant aux diathèses urique et xanthique, elles se produisent toutes deux par la destruction de la nucléine; seulement, suivant le mode particulier de dédoublement de la nucléine, on verra apparaître l'une ou l'autre des deux diathèses. Et encore l'acide urique produit ne passe-t-il pas toujours dans l'urine ; il peut en effet s'oxyder et se transformer en urée et glycocolle (cette dernière substance s'unissant elle-même à d'autres matières pour fournir des dérivés plus complexes) ; c'est le cas, par exemple, de l'urine des herbivores où, en raison de la grande quantité d'alcalis ingérée, l'acide urique produit se scinde pour la majeure partie en urée et en glycocolle, lequel à son tour se combine à l'acide benzoïque (provenant des aliments) pour donner finalement l'acide hippurique.

Un fait qui demeure constant, c'est l'augmentation parallèle des leucocytes du sang et de l'acide urique de l'urine à la suite de l'ingestion de nucléine. L'acide urique se forme-t-il directement aux dépens de la nucléine ; ou bien cette nucléine agit-elle comme un poison particulier qui augmenterait les leucocytes dont la destruction fournirait ensuite l'acide urique? Aucun fait ne permet encore de choisir entre ces deux hypothèses.

AD. F.

Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels (Contributions à l'étude des échanges nutritifs), par E. DRECHSEL (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth., p.* 236, 1891).

1° *Sur la présence de l'acide carbamique dans l'urine*, par J. Abel et E. Drechsel.

L'urine des herbivores, et notamment celle du cheval, est d'ordinaire trouble : le dépôt qu'elle forme augmente rapidement après que l'urine a été émise. Ce dépôt est formé de carbonate de calcium et provient de la décomposition spontanée du carbamate de calcium contenu dans l'urine au moment où elle est sécrétée. Les auteurs ont fait différentes tentatives pour isoler le carbamate de calcium; ils l'ont obtenu à l'état impur, mélangé de sulfate de calcium et des sels des acides sulfoconjugués.

Puisque l'urine du cheval est riche en carbamate, son sang contient sans aucun doute de l'acide carbamique. Drechsel a démontré, il y a

plusieurs années, la présence de cet antécédent de l'urée dans le sang du chien. C'est également un produit de l'oxydation en solution alcaline des substances organiques azotées. Ceci conduit les auteurs à émettre des considérations intéressantes sur la formation de l'urée aux dépens du carbamate d'ammoniaque.

2° *Sur la présence de la cystine et de la xanthine dans le foie du cheval*, par E. Drechsel.

L'auteur a extrait du foie du cheval une substance présentant quelques-unes des propriétés de la xanthine et qui doit être considérée soit comme de la xanthine impure, soit comme un corps nouveau *sui generis*. Il y a trouvé également de la cystine. Jusqu'à présent la cystine n'avait été trouvée, en dehors des cas de cystinurie, que dans le foie d'un buveur par Scherer, et dans le rein du bœuf par Cloetta.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur quelques transformations de l'albumine, par G. PATEIN (*C. R. de la Société de biologie, p.* 207, 21 *mars* 1891).

Les différentes albumines peuvent subir des modifications qui les rendent très solubles dans l'acide acétique. De là une précaution dans la recherche de l'albumine par l'acide acétique : acidifier à peine avec l'acide au dixième; traiter le filtrat à l'ébullition avec l'acide azotique ou par saturation avec le sulfate de soude.

Ces modifications peuvent se produire sous des causes très légères. Les alcalis font subir aux albumines même à froid des altérations profondes. L'albumine pure d'Harnack serait modifiée. Les albuminoïdes du sang en passant dans l'urine éprouvent des changements. Leur solution saturée de sulfate de soude ne précipite plus immédiatement à froid par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique. DASTRE.

Bestimmung des Harnstoffs (Dosage de l'urée), par K. A. H. MŒRNER et J. SJŒQVIST (*Zeitschrift für analytische Chemie, XXX, p.* 388).

La méthode proposée est basée sur ce fait que l'urine, une fois précipitée par le chlorure de baryum additionné de baryte, ne cède à l'alcool éthéré que l'urée et les sels ammoniacaux qu'elle renferme. On opère comme il suit : 5 centimètres cubes d'urine sont additionnés de 5 centimètres cubes d'une solution saturée de chlorure de baryum renfermant 5 0/0 d'hydrate de baryte, puis de 100 centimètres cubes d'un mélange de 2 parties d'alcool à 97 0/0 et de 1 partie d'éther; on abandonne le tout dans un vase bouché, pendant 24 heures; on filtre à la trompe et on lave le précipité avec 50 centimètres cubes d'alcool éthéré. La liqueur de lavage et les eaux-mères du précipité sont réunies et concentrées à 25 centimètres cubes, dans le vide, à une température qui ne doit pas dépasser 55° ; on ajoute alors de l'eau et de la magnésie calcinée (pour déplacer l'ammoniaque) et on continue à évaporer jusqu'à ce que les vapeurs qui se dégagent soient parfaitement neutres. Le résidu de cette opération (10-15 centimètres cubes) est traité par la méthode de Kjeldahl ou par la méthode de Bunsen.

Les résultats obtenus sont en général satisfaisants ; on constate une perte en urée de 0.56 0/0 AD. F.

Contribution à l'étude de la physiologie de la vieillesse ; excrétion urinaire chez le vieillard, toxicité urinaire chez le vieillard et l'enfant, par A. MOSSÉ (*Acad. des sc. de Montpellier*, 2 *juin* 1890).

Dans un travail antérieur, Mossé avait montré que dans l'urine du vieillard, les éléments complètement oxydés sont notablement diminués; les éléments incomplètement oxydés sont au contraire augmentés. Complétant ses premières recherches, par l'analyse de l'urée, de l'acide phosphorique, et surtout de l'acide urique, Mossé a constaté qu'il y a de grandes différences, sans cause apparente, dans l'élimination nycthémérale de ce produit. Tantôt il y a de véritables décharges d'acide urique, tantôt l'élimination semble nulle. En tout cas, l'excrétion moyenne est proportionnellement plus forte que chez l'adulte, bien que d'une façon absolue elle soit plus faible, 0,48 centig. par 24 heures.

En étudiant la toxicité urinaire, Mossé a pu voir que cette toxicité était moindre chez le vieillard que chez l'adulte, et bien plus forte chez l'enfant que chez le vieillard. Il semble donc qu'à l'état physiologique la toxicité urinaire soit liée à l'intensité des mutations nutritives. A. CARTAZ.

Di una causa di errore nella ricerca dell' albumina in urine itteriche, par GROCCO (*La Riforma medica, p.* 157, 21 *juillet* 1891).

Les précipités obtenus dans certaines urines ictériques traitées par la chaleur, après avoir été additionnées d'acide nitrique ou d'acide acétique, ou par le réactif de Tanret, ou par l'acide picrique, l'acide acétique et le ferrocyanure de potassium, et qui simulent l'albumine, sont constitués par des pigments biliaires et plus spécialement par la biliverdine : ce précipité peut manquer dans des urines très ictériques et se rencontrer dans d'autres urines peu riches en bile ; en général on le rencontre dans les ictères liés à des états plutôt graves ou très graves (calculs, atrophie jaune aiguë, cancer hépatique, cirrhose biliaire, cholémie). Ces urines précipitent par les acides organiques, l'acide acétique en première ligne, même à froid ou à une température trop peu élevée pour produire la coagulation de l'albumine, ou à des doses trop faibles pour la précipiter. Ce précipité se dissout dans l'alcool et ne donne pas la réaction du biuret. Pour éviter de le confondre avec l'albumine, il faut ajouter à l'urine 1/30 ou 1/50 d'acide acétique concentré, laisser le mélange à froid pendant une heure, le filtrer, et ensuite analyser l'urine par les moyens ordinaires de recherche de l'albumine, après avoir ajouté de nouveau de l'acide acétique pour s'assurer de la complète précipitation de tout ce qui pouvait simuler la présence de l'albumine. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Eisengehalt der Leber... (Teneur en fer des cellules du foie et de la rate aux diverses périodes de la vie), par F. KRUEGER (*Zeitschrift für Biologie, IX, p.* 439, 1890).

La teneur en fer des cellules hépatiques du fœtus est en moyenne dix fois plus grande que chez l'adulte. Elle varie aux différents stades du développement, diminuant du début jusqu'au milieu de la gestation, puis augmentant de manière à atteindre son maximum trois ou quatre semaines avant la naissance, pour baisser ensuite rapidement. Chez les

veaux, dès la 5e ou 6e semaine la teneur est descendue au niveau où elle sera chez l'adulte. Chez les adultes, la quantité de fer subit des oscillations individuelles moins marquées que chez les fœtus. Pour la rate, au contraire, le fer est plus abondant chez l'adulte que chez le fœtus, chez le nouveau-né que chez l'adulte, chez le mâle que chez la femelle.

DASTRE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sur la prétendue acétonurie déterminée par l'ablation du plexus cæliaque, par G. VIOLA (*Rivista generale ital. di clin. medica, nos* 12-13, *p.* 285, 1891).

On a prétendu, à plusieurs reprises, que les lésions ou ablation du plexus cæliaque, sont suivies d'acétonurie. Cette opinion a reçu un semblant de confirmation de l'observation de Jaksch, qui, chez un malade atteint de maladie d'Addison, et présentant de l'acétonurie, trouva à l'autopsie le plexus cæliaque altéré. Viola s'est livré à des expériences de contrôle ; l'ablation totale du plexus cæliaque n'a jamais déterminé d'acétonurie, non plus que d'albuminurie ou de glycosurie; il survient seulement une oligurie ou même une anurie passagère après l'opération.

G. LYON.

Contributo allo studio dell' emorragia secondaria in rapporto alla cicatrizzazione dei vasi, par LATIS (*La Riforma medica*, 18 *avril* 1891).

Au bout de 26 heures chez le lapin, de 79 heures chez le chien, de 96 heures chez le veau, le bout central de la carotide est assez solidement oblitéré pour pouvoir résister à l'impulsion continue du sang, de sorte que si, pour une cause quelconque, la ligature vient à céder, il ne se produit pas d'hémorragie secondaire. La pression sanguine chez l'homme étant intermédiaire entre celle du chien et celle du veau, on peut conclure de ces recherches qu'au bout de 96 heures au maximum il n'y a plus à craindre d'hémorragie secondaire.

G. THIBIERGE.

De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale ; comment il faut comprendre la guérison des plaies par réunion immédiate, par RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 20 *avril* 1891).

A l'état normal chaque cellule endothéliale du péritoine contient un noyau et se limite à sa surface par une plaque très mince, constituée par du protoplasma condensé. Cette plaque endothéliale forme le champ de la cellule qui se montre si nettement circonscrit dans les imprégnations d'argent. Mais le protoplasma situé au-dessous de la plaque, et dans lequel le noyau de la cellule est compris, n'est pas individualisé, c'est-à-dire que son réticulum se poursuit sans discontinuité de cellule à cellule. Il en résulte qu'un revêtement endothélial constitue une colonie dont les

éléments, quoique distincts, n'en sont pas moins étroitement liés entre eux.

A la suite d'une irritation expérimentale, ces cellules endothéliales deviennent identiques aux cellules connectives, et, pour les unes comme pour les autres, la multiplication est précédée de leur hypertrophie; en même temps, sous l'influence du mouvement nutritif intense résultant de l'irritation, ces cellules émettent des prolongements très longs qui s'appliquent sur les filaments de fibrine de l'exsudat inflammatoire, les suivent dans leur trajet, rencontrent des prolongements de même nature émanés des cellules voisines et se fondent avec eux. Il se produit probablement des phénomènes analogues dans la réunion immédiate des plaies. C'est-à-dire qu'il se fait d'abord un exsudat plus ou moins hémorragique duquel se séparent des filaments fibrineux qui se fixent aux faisceaux de tissu conjonctif et constituent une première charpente entre les deux lèvres de la plaie. Bientôt, à la suite de l'irritation, les cellules de tissu conjonctif grossissent, leurs prolongements divisés s'accroissent, il s'en fait de nouveaux. Ces prolongements s'accolent aux filaments de la charpente fibrineuse, les suivent, se soudent les uns aux autres et forment ainsi une seconde charpente plus solide que la première, plus vivante, et qui va bientôt travailler à l'édification définitive de la cicatrice par le développement de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques. Après avoir rappelé, à ce sujet, l'ancienne théorie de la lymphe plastique, et la théorie de Virchow et de Billroth, l'auteur fait remarquer combien ces nouvelles données s'éloignent des théories anciennes. La nouvelle théorie, dit-il, peut seule expliquer la réunion si rapide des plaies par première intention, réunion qui se produit avant que les cellules de tissu conjonctif aient pu se multiplier par division, et qui cependant s'effectue sous l'influence de ces cellules. M. DUVAL.

I. — Sur les phénomènes consécutifs à l'altération du pancréas déterminée expérimentalement par une injection de paraffine dans le canal de Wirsung, par E. HÉDON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 6 *avril* 1891).

II. — Sur les troubles consécutifs à la destruction du pancréas, par E. GLEY (*Ibidem*).

III. — Sur la production de la glycosurie et de l'azoturie, après l'extirpation totale du pancréas, par E. HÉDON (*Ibidem*, 4 *mai* 1891).

I. — Les animaux opérés en provoquant une altération de la glande par injection de paraffine dans ses canaux présentent des troubles profonds de la nutrition : outre la glycosurie, qui est peu importante et souvent très fugitive, outre les troubles digestifs passagers, déjà signalés par Cl. Bernard, on constate de l'azoturie et un amaigrissement considérable; il y a diabète insipide azoturique, à forme consomptive, et Hédon a varié ses expériences de façon à rendre évident le rapport entre la consomption et l'azoturie.

II. — Ces mêmes résultats ont été obtenus dans les expériences de Gley. Celui-ci insiste de plus sur le diabète expérimental produit par l'extirpation du pancréas diabète qui n'est pas attribuable à la suppression du pancréas en tant qu'organe servant à la digestion, mais qui tient à ce que le pancréas joue le rôle de glande vasculaire sanguine apportant dans le sang des produits susceptibles de transformer les matériaux

sucrés de l'économie. Pour le prouver, il fallait expérimenter non plus par extirpation de l'organe, mais bien par ligature des veines pancréatiques et rechercher si dans ce cas on observe encore le passage du sucre dans les urines. Cette expérience délicate, soit par ligature de la veine splénique à son embouchure dans la veine porte, soit par ligature successive de toutes les veines du pancréas à leur embouchure dans la splénique, a réussi trois fois d'une manière assez nette pour prouver qu'il est nécessaire que la circulation veineuse du pancréas soit conservée pour que cet organe agisse sur les matières sucrées de l'économie.

III. — Dans sa dernière note Hédon insiste sur l'action très active du pancréas, comme glande vasculaire sanguine, sur les échanges nutritifs. Son extirpation totale produit une dénutrition considérable dont les deux symptômes principaux sont la glycosurie et l'azoturie. La glycosurie apparaît toujours, mais est souvent intermittente, et, quand elle cesse, le sucre absorbé avec les aliments est utilisé en grande partie : L'auteur pense donc qu'il y a lieu de rechercher si le pancréas ne serait pas, à la longue, suppléé par d'autres organes. M. DUVAL.

I. — Extirpation du pancréas; diabète expérimental, par HÉDON (*Arch. de méd. expér., III, 1, p.* 44).

II. — Lésions du pancréas dans le diabète, par LEMOINE et LANNOIS (*Ibidem, n°* 1, *p.* 33).

III. — Ablation presque complète du pancréas, diabète, par LANCEREAUX et THIROLOIX (*Bull. Acad. de méd.*, 29 *septembre* 1891).

IV. — Ancora sul diabete pancreatico, nuove ricerche e considerazioni, par N. de DOMINICIS (*Giornale Internaz. delle Science mediche*, 1891).

I. — Si l'on pratique l'extirpation du pancréas chez les chiens en deux temps (après injection préalable à la paraffine du canal de Wirsung), les animaux survivent, l'ablation *totale* est possible, et l'on voit régulièrement apparaître les symptômes d'un diabète maigre consomptif, avec glycosurie, polyurie, polydipsie, polyphagie, etc. On note, de plus, l'azoturie et la présence dans l'urine de l'acétone et de l'acide oxybutyrique. La glycosurie est intense, mais s'atténue et disparaît même vers la fin. Le syndrome observé ne tient pas à la lésion des vaisseaux de la glande ni des plexus nerveux de la région : il se rattache directement à la suppression d'une fonction du pancréas et d'une fonction tenant à ses connexions vasculaires, car le paraffinage des conduits glandulaires est sans effet. Au lieu d'admettre l'arrêt de production d'un ferment glycolytique, l'auteur invoquerait plutôt la rétention dans les organes et le sang d'un poison, habituellement détruit par le pancréas et qui exagérerait la glycogénie dans tous les tissus.

II. — Jusqu'ici le rapport du diabète avec une altération du pancréas a été surtout affirmé d'après la constatation de lésions macroscopiques qui frappent au premier examen. Or, en s'adressant à l'étude microscopique, on pourra trouver dans des pancréas en apparence sains, des modifications histologiques intéressantes et qui permettront d'élargir la doctrine du diabète pancréatique. Il s'agit d'une lésion scléreuse à la fois périacineuse et péricellulaire, se prolongeant suivant les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais généralement assez indépendante des

canaux excréteurs du pancréas. La cellule pancréatique est naturellement altérée, atrophiée, parfois dégénérée. La topographie de la sclérose semble bien confirmer l'existence d'un système de canalicules péricellulaires et, d'autre part, en raison de son contraste avec l'intégrité du système excréteur, elle confirme la duplicité de la fonction pancréatique. GIRODE.

III. — Lancereaux présente un chien rendu diabétique par l'ablation presque totale du pancréas. Dans une première phase, une section pancréatique avec ablation de la portion verticale de cet organe produit un diabète azoturique, des phénomènes de dénutrition profonde bientôt suivis d'un retour à la santé parfaite.

Dans une deuxième phase, l'ablation presque totale amène, au complet, toute la symptomatologie du diabète maigre; la glycosurie a été intermittente, elle a été sans cesse en progressant. OZENNE.

IV. — L'extirpation totale du pancréas produit constamment des troubles profonds et irréparables aboutissant à la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Parmi les phénomènes consécutifs à l'ablation totale du pancréas (polyphagie, polydipsie, polyurie, amaigrissement, lésions cutanées, chute des cheveux), la glycosurie seule est inconstante et a manqué chez 13 des 34 animaux privés de pancréas. Les lésions anatomiques, plus constantes, trouvées dans le foie (dégénérescence graisseuse diffuse et atrophie avec vacuoles), la moelle (dégénérescence grise), l'estomac, les reins, se rencontrent aussi bien chez les animaux glycosuriques que chez les animaux non glycosuriques; chez les uns et chez les autres, la marche et la terminaison ont été identiques, de même que les troubles de la digestion intestinale, la présence de l'acétone et de l'indol dans l'urine, l'augmentation de l'urée et l'abondance extraordinaire des phosphates.

Le sang de la veine-porte d'animaux sains en pleine digestion, d'une alimentation purement animale, transfusé à des animaux glycosuriques, n'a pas fait diminuer le sucre, mais a fait doubler sa quantité pendant quelques heures. L'injection intraveineuse, intrapéritonéale et sous-cutanée d'infusion de pancréas à des animaux glycosuriques n'a pas modifié la proportion du sucre dans l'urine. Un traumatisme considérable quelconque pratiqué chez ces animaux a supprimé la glycosurie pour quelques jours, quoique les grandes voies lymphatiques et le ganglion cœliaque ne fussent pas intéressés; le même effet s'est produit à la suite de l'injection intraveineuse de carbonate de soude.

L'iodoforme et la saccharine ont fait doubler et quelquefois quadrupler la quantité d'urine sans modifier la proportion centésimale de sucre urinaire; l'inverse s'est produit pour les sels de cuivre. L'alimentation composée exclusivement de viande et de peptone et le jeûne absolu prolongé pendant 7 jours ont été suivis de la diminution, mais non de la disparition du sucre urinaire. Le foie de quelques animaux qui avaient présenté les formes les plus graves du diabète sucré renfermait encore une notable proportion de glycogène. De petites blessures du duodénum ou du pancréas ont donné lieu à des glycosuries inconstantes et peu intenses. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 69.) GEORGES THIBIERGE.

Della fisio-patologia della ghiandola tiroide. Nefrite conseguente all' ablazione di quest' organo, par ALONZO (*La Riforma medica*, 2 *juin* 1891).

A la suite de l'extirpation de la glande thyroïde chez le chien, on observe des lésions inflammatoires et dégénératrices assez importantes des reins, surtout de leur substance corticale : ce sont tantôt les altérations interstitielles et tantôt les altérations parenchymateuses qui prédominent. Ces lésions sont très probablement dues à une nutrition insuffisante du rein produite par la suppression des fonctions de la glande thyroïde. Leur développement est assez rapide. GEORGES THIBIERGE.

Recherches expérimentales sur les capsules surrénales, par ALEZAIS et ARNAUD (*Marseille médical*, *n*os 1 à 4, 1891).

Les expériences ont porté sur 47 animaux (lapins, chats, chiens), chez lesquels les capsules surrénales ont été détruites ou enlevées d'une manière partielle ou totale, d'un seul ou des deux côtés. L'hypertrophie compensatrice, les phénomènes de régénération, montrent, aussi bien que la riche vascularisation normale, que les capsules surrénales jouent un rôle fonctionnel important chez l'animal adulte. Néanmoins leur suppression n'est pas incompatible avec la vie. Le trouble apporté à leurs fonctions ou leur suppression ne se traduit par aucune autre modification notable qu'une hyperpigmentation cutanée et muqueuse, qui est encore à contrôler. A côté de ces cas bénins, la lésion des capsules surrénales détermine fréquemment la mort des animaux en expérience, par l'explosion d'accidents nerveux, hâtifs ou retardés, qui s'accompagnent, lorsque la survie le permet, d'une altération ascendante du système nerveux sympathique pouvant atteindre les cordons latéraux de la moelle.

LEFLAIVE.

Ueber den mikroskopischen Nieren... (État microscopique des reins après une compression bilatérale du thorax), par A. SEELIG (*Archiv für exp. Pathol, u. Pharmak.*, *XXVIII, p.* 265, 1891).

Chez l'homme sain et chez le lapin, la compression bilatérale du thorax produit l'albuminurie. L'élimination se fait alors dans les glomérules exclusivement. Cette albuminurie signalée par Schreiber, est provoquée par une altération (abaissement) de la pression du sang, dans le domaine artériel. L'altération du tissu glomérulaire est presque insignifiante

DASTRE.

Sugli effetti della occlusione intestinale, par E. PERNICE (*La Riforma medica*, *p.* 565, 31 *août et* 1er *septembre* 1891).

D'expériences faites sur les chiens, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Dans le rétrécissement expérimental de l'intestin produit par la ligature avec un fil, on peut voir survenir vers le sixième jour la guérison spontanée par réunion de la séreuse viscérale et par réunion progressive des autres tuniques intestinales, à mesure que le fil les détruit, jusqu'à ce que celui-ci pénètre dans la cavité intestinale et soit expulsé avec les garde-robes. Lorsqu'on produit le rétrécissement au moyen d'un ruban, l'occlusion persiste jusqu'à la mort de l'animal,

laquelle survient du quatrième au sixième jour dans l'occlusion du duodénum, et au dixième jour dans l'occlusion de l'iléon. Les résultats expérimentaux ne fournissent pas d'éléments pour le diagnostic du siège de l'oblitération intestinale sur les divers segments de l'intestin grêle, mais ils sont suffisants pour faire distinguer l'oblitération de l'intestin grêle de celle du gros intestin. En effet, les symptômes du rétrécissement de l'intestin grêle sont l'abattement de l'animal, le refus de tout aliment solide, la soif, les vomissements qui se produisent entre une demi-heure ou trois quarts d'heure et deux heures après l'ingestion d'aliments, et qui peuvent se produire en dehors de toute ingestion d'aliments, vomissements composés surtout de bile et encore plus riches en bile dans l'occlusion du duodénum; en même temps, le pouls est fréquent et faible, la température abaissée; l'animal maigrit, il y a de la constipation, l'urine est diminuée, rarement supprimée; la diminution du poids du corps a varié de 39 °/₀ dans le rétrécissement du duodénum à 14 °/₀, dans celui du jéjunum et à 26 °/₀ dans celui de l'iléon; les urines renferment constamment une grande quantité d'indican, quelquefois des pigments biliaires, rarement des traces d'albumine; les altérations du sang consistent dans une augmentation notable des globules rouges et blancs, augmentation de la quantité d'hémoglobine dans les premiers jours suivie d'une diminution graduelle jusqu'à la mort de l'animal. Dans la sténose des parties inférieures du côlon, les vomissements sont rares, la constipation fréquente accompagnée de besoins fréquents de défécation et de ténesme; mais l'animal reste actif, ne refuse pas les aliments, maigrit peu; son pouls et sa température ne subissent aucune modification, et le sang ne présente qu'une augmentation des globules blancs avec légère diminution des globules rouges. Les altérations principales que l'on trouve à l'autopsie des animaux morts par occlusion intestinale sont un amaigrissement général, une dilatation des portions de l'intestin situées au-dessus de l'obstacle, avec diminution de calibre des portions situées au-dessous; le foie est le siège d'une stase sanguine très prononcée, de thrombose veineuse, d'hémorragies par diapédèse avec épaississement du tissu conjonctif périostal et infiltration de cellules rondes, atrophie et pigmentation des cellules glandulaires, quelquefois stase biliaire, inflammation interstitielle d'origine bactérienne, et dégénérescence graisseuse des cellules et atrophie des lobules.

GEORGES THIBIERGE.

Transplantation of tissue from lower animals to man, par PHELPS (*New York med. record*, *p.* 221, 21 *février* 1891).

Il s'agit d'une fracture de jambe non consolidée et qui fut l'objet de nombreuses interventions chirurgicales. L'auteur tente l'opération suivante : il ampute un chien au-dessous de l'articulation du coude et libère un fragment d'os en respectant l'artère nourricière; ce fragment a été coupé de manière à s'emboîter dans la perte de substance du patient; le contact est maintenu par une épingle d'aluminium. La jambe du patient est fixée dans un plâtre, le chien lui-même est immobilisé, et l'on suture les parties molles et la peau du chien avec celles du patient; pansement antiseptique; le 11ᵉ jour, le chien, un peu amaigri, n'est plus suffisamment immobilisé; on détache la peau et les muscles et l'on sectionne l'artère nourricière du fragment osseux. Celui-ci est fixé et la greffe est solide; mais à la fin de la cinquième semaine on est

obligé de l'enlever; l'examen montre que la consolidation était en bonne voie et aurait réussi, dit l'auteur, si l'on avait pu maintenir le chien en place pendant 20 jours. P. DUFLOCQ.

Bacteria and their products, par G.-S. WOODHEAD (1 *vol. in*-8° *de* 459 *pages*, *Londres*, 1891).

Ce volume est un résumé clair et presque toujours complet des faits acquis aujourd'hui dans l'étude des bactéries et de leurs sécrétions. Après un historique très impartial, une étude du rôle pathogène des bactéries en général et des fermentations, l'auteur décrit successivement les microbes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la lèpre, le champignon de l'actinomycose, les bactéries de la morve, du charbon, du tétanos, de la diphtérie, celles de la bouche, les bactéries chromogènes ; il étudie la rage, les produits de sécrétion des bactéries, les procédés de vaccination. Il termine par un exposé très précis et très pratique de la technique bactériologique qui rendra de grands services à tous ceux qui ont besoin de se familiariser avec les méthodes des laboratoires. GEORGES THIBIERGE.

Sur la fièvre amicrobienne consécutive à l'oblitération artérielle, par GANGOLPHE et COURMONT (5e *Congr. franç. chir. Bulletin méd.*, 8 *avril* 1891).

Les auteurs ont fait des recherches expérimentales dans le but d'élucider la cause de la fièvre que l'on observe quelquefois dans les cas d'oblitération artérielle, sans plaie à la peau. Leurs conclusions sont les suivantes :

L'existence de la fièvre amicrobienne est cliniquement et expérimentalement démontrée par les cas d'oblitération vasculaire. Elle paraît due à la résorption de produits solubles pyrétogènes, sécrétés par les cellules des organes en voie de nécrobiose. Ces produits pyrétogènes existent en assez grande abondance dans ces tissus mortifiés, ils sont précipitables par l'alcool et solubles dans l'eau glycérinée. OZENNE.

Ueber die vergleichende Wirkung der Fäulnissproducte und der Toxine von Tuberkelbacillen... (Effets comparés des produits de la putréfaction et des toxines de bacilles tuberculeux ; leur influence sur l'évolution de la tuberculose expérimentale des animaux), par S.-D. KOSTURIN et KRAINSKY (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 *mai*, 1er *et* 8 *juin* 1891).

Plus la composition du sol nourricier ou milieu putride est complexe, plus est grande la toxicité des produits qu'y forment les agents de la putréfaction. Ce sont les infusions putréfiées de viande fraîche qui possèdent les propriétés pyrétogènes et toxiques les plus énergiques ; leurs injections provoquent une élévation de la température dépassant 42°. Viennent ensuite le bouillon de viande et enfin les solutions salines (liquide de Nægeli). Les extraits aqueux putréfiés sont les plus actifs, ceux d'alcool les moins actifs. Les produits de putréfaction dont les effets sont les plus énergiques sont ceux qui se forment entre le troisième et le trentième jour. Au delà de ce terme commence une atténuation graduelle ; mais même les produits formés après un an de durée de la putréfaction, conservent encore leurs propriétés.

Les injections sous-cutanées déterminent une élévation de tempéra-

ture au bout de la première heure, avec retour de la température à la normale entre la vingtième et la soixante-douzième heure. Les produits de putréfaction formés du cinquième au trentième jour provoquent rapidement une élévation de la température qui revient à la normale au bout de vingt-quatre heures. Les produits d'une putréfaction plus avancée déterminent plus lentement l'élévation de la température, qui ne retombe à la normale qu'à la fin du deuxième ou au commencement du troisième jour. La perte en poids de l'animal est proportionnelle tant à l'élévation de la température qu'à sa durée.

L'injection directe des extraits putrides dans le sang ne provoque que des modifications insignifiantes et passagères de la pression sanguine (abaissement), du pouls (accélération) et de la respiration (accélération).

Les extraits de produits tuberculeux possèdent aussi des qualités nettement pyrétogènes et toxiques. En général, dans la première heure qui suit l'injection, on note une légère tendance (0°,5) à un abaissement de la température qui se reproduit entre la cinquième et la sixième heure. L'injection d'extraits tuberculeux est suivie d'un abaissement rapide et considérable de la pression sanguine. La respiration, très accélérée et le pouls ne redeviennent normaux qu'au bout de cinq à huit minutes, et le rythme des mouvements cardiaques reste assez longtemps très troublé. Les extraits tuberculeux agissent d'une façon énergique, rapide et immédiate sur l'endocarde et le myocarde. Les solutions des extraits aqueux, de même que les liquides putrides, filtrés, peuvent de nouveau se putréfier, ce qui affaiblit leur action.

En injections sous-cutanées, les extraits tuberculeux et les extraits putrides sont vraisemblablement aptes, jusqu'à un certain degré, à empêcher le développement de la tuberculose, et peut-être à conférer à l'animal l'immunité contre une nouvelle infection. L'injection des extraits susnommés fait vraisemblablement de la tuberculose un processus purement local, tendant à la fonte caséeuse. J. B.

Ueber den Virulenzgrad der Fæces von Thieren welche mit pathogenen Bakterien inficirt wurden, par SERAFINI (*Arch. für Hyg.*, *XI*, et *Hygienische Rundschau*, *I*, 343, 1er *mai* 1891).

Le tube intestinal, grâce à la présence de ses sucs, de la bile, d'autres microrganismes ou même de quelque autre circonstance, atténue-t-il la virulence des bactéries pathogènes qui lui parviennent par le système circulatoire ? C'est ce que Serafini a recherché pour quatre espèces : bactéridie, bacilles du choléra des poules, du rouget des porcs et de la maladie des buffles.

Pour le bacille charbonneux, il a pu se convaincre que, contrairement à l'opinion de Wyssokowitsch et de Flügge, alors même qu'on l'injecte sous la peau, il est toujours éliminé par l'intestin, du moment que les animaux ne succombent pas avant trente-cinq ou quarante heures.

Pour les quatre bacilles, leur virulence n'est pas affaiblie par leur passage dans l'intestin; au contraire, elle augmente avec les inoculations successives des matières fécales d'un animal à d'autres. J. B.

Recherches sur l'accoutumance aux produits microbiens, par E. METCHNIKOFF et T. ROUDENKO (*Annales de l'Institut Pasteur*, *V*, 9).

Même dans les infections qui se distinguent par un caractère de toxicité très prononcé l'accoutumance peut être obtenue sans grande difficulté, Il ne s'agit pas ici d'une propriété antitoxicide de l'organisme vacciné. comme dans les expériences de Behring et Kitasato sur le tétanos ; dans la maladie pyocyanique et la septicémie vibrionienne les produits bactériens manifestent leur action pathogène dans l'organisme hypervacciné.

Mais si l'accoutumance contre les toxines peut être réalisée, cela ne prouve pas encore que c'est dans cette propriété que consiste la vaccination; tout au contraire. L'organisme vacciné contre l'infection peut être tout aussi peu accoutumé à des doses mortelles de toxines que le non vacciné. La vaccination dans ces cas consiste plutôt dans une accoutumance spéciale d'une catégorie des éléments du corps. Ces éléments, phagocytes mobiles, au lieu d'être repoussés par des toxines, se dirigent vers ces dernières et englobent les vibrions, les empêchant de produire leurs toxines, et les tuent à la fin de la lutte. P. TISSIER.

I. — Étude sur l'immunité, par E. METCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, *V*, 8).

II. — De l'immunité : immunité acquise et immunité naturelle, par E. ROUX (*Ibid.*, *n°* 8, 1891).

I. — La théorie de la phagocytose s'appliquerait bien pour certains auteurs à l'immunité naturelle, mais non à l'immunité acquise. Cette dernière relèverait d'une modification des humeurs leur donnant un pouvoir bactéricide, et comme preuve topique on a cité l'expérience de Behring et Ninen, qui ont vu le vibrio Metchnikowii se bien développer dans le sérum de cobaye neuf, tandis que le sérum de cobaye vacciné jouit de propriétés bactéricides considérables. Metchnikoff a vérifié le fait, mais il l'interprète autrement.

Cette propriété vraie in vitro n'existe pas dans l'organisme vivant. Si l'on injecte une culture dans la chambre antérieure d'un animal neuf et d'un animal vacciné, la phagocytose est plus abondante chez ce dernier, et les vibrions sont englobés vivants par les leucocytes et y gardent encore longtemps leur virulence; ils peuvent aussi se développer dans la partie liquide de l'exsudat inflammatoire. C'est donc un argument pour la théorie de la phagocytose.

Dans le sang des cobayes neufs les bacilles se développent bien et se présentent souvent sous forme de spirilles; chez les cobayes vaccinés la grande majorité des vibrions est immobile et en amas. Qu'est-ce que cela prouve? Si on retire l'exsudat produit par l'inoculation chez des cobayes vaccinés, les vibrions s'y développent normalement, ils s'y montrent en amas si l'exsudat est retiré plus tard, alors que tous les vibrions sont enfermés dans les leucocytes. C'est donc après avoir subi une influence directe des leucocytes que les vibrions se développent en amas et restent immobiles.

II. — A côté de l'immunité obtenue par l'inoculation par les virus atténués est venue prendre place l'immunité produite par des vaccins chimiques. Cette dernière, au moins pour le charbon et la pneumonie, sem-

ble moins durable, elle est aussi dangereuse (action à longue échéance, dégénérescence). La vaccination chimique semble avoir démontré que la vaccination consiste non dans un épuisement du terrain, mais dans un apport de substances dites empêchantes. Mais les germes croissent bien dans les humeurs des vaccinés, la seule différence est qu'ils ne se généralisent pas. Est-ce à cause du pouvoir bactéricide des humeurs? Mais les recherches récentes montrent que ce pouvoir bactéricide ne suffit pas à expliquer l'immunité acquise, car il n'existe pas chez l'animal vivant. Les virus ne s'atténuent pas dans l'organisme des animaux à immunité naturelle ou acquise. On a invoqué alors la présence d'une substance capable de détruire les toxines microbiennes, un pouvoir toxinicide. Il faut remarquer que ce fait se vérifie pour le tétanos et la diphtérie, maladies infectieuses toutes particulières, essentiellement toxiques. Cette action toxinicide si intéressante au point de vue de la thérapeutique n'est pas assez générale pour servir de base à une théorie de l'immunité.

La théorie phagocytaire mérite une attention plus grande, c'est un phénomène général et très efficace de défense; il peut être au-dessous de sa tâche et manquer; alors l'animal succombe. Les leucocytes ont une sensibilité chimique spéciale, une chimiotaxie analogue à celle des zoospermes de fougères et des myxomycètes. L'immunité acquise est l'accoutumance des phagocytes aux produits microbiens, et il n'est pas nécessaire que cette accoutumance s'étende aux autres cellules de l'organisme; l'immunité naturelle est moins connue: elle dépend de la température, de la réaction de certains milieux, etc., et aussi de la résistance naturelle des leucocytes à certains microbes. Ne voit-on pas les cellules nerveuses des divers animaux ne pas réagir de la même façon vis-à-vis d'un même poison ? La phagocytose est certainement le moyen le plus efficace et le plus répandu de protection de l'organisme. De là à nier qu'il puisse y avoir d'autres moyens, il y a loin. PAUL TISSIER.

Experimentelle Untersuchungen über Immunität, par P. EHRLICH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 376, 1891).

L'auteur a choisi pour ses recherches deux substances albuminoïdes appartenant au règne végétal : la ricine, toxalbumine de la semence de ricin et l'abrine, toxalbumine du jéquirity. Il ne parle ici que de la première.

La toxicité de la ricine n'est pas égale pour toutes les espèces animales : le cobaye est beaucoup plus sensible que la souris blanche. La ricine détermine dans le tissu cellulaire, quand on l'injecte sous la peau, des phénomènes irritatifs qui peuvent gêner l'expérimentateur. Aussi, Ehrlich mélange-t-il le poison aux biscuits secs qu'il présente à l'animal.

Une souris prend d'abord une dose de $0^{gr},002$ de ricine ; en augmentant la dose quotidienne, on lui fait tolérer sans inconvénient dès le dixième jour une quantité de poison qui, d'emblée, aurait déterminé la mort, c'est-à-dire $0^{gr},03$; au bout de deux mois, la dose s'élève à $0^{gr},50$.

L'immunité contre la ricine est donc acquise. Les animaux qui en sont doués résistent également à l'injection sous-cutanée de doses massives, 200 et même 800 fois plus considérables que celles qui les auraient tués

au premier abord. Seulement ces injections risquent de déterminer la nécrose du tissu cellulaire.

De même, on peut impunément frictionner l'œil avec une solution salée de ricine qui devrait, à l'état normal, provoquer la panophthalmie et la mort par infection secondaire.

Ehrlich s'est appliqué à calculer la progression de la résistance opposée au poison. Le degré d'immunité étant représenté le sixième jour par le chiffre 13,3, il l'a vu baisser le septième jour à 10, puis remonter à 20 le huitième jour, et s'élever enfin à 400 le vingt-et-unième jour. Il considère donc le septième jour comme un jour critique ; la chute de la courbe ressemble à celle de la courbe thermique qu'on observe dans la pneumonie, par exemple, à la fin du premier septenaire. C'est la crise de l'immunité.

L'auteur a remarqué qu'au delà d'un degré déterminé l'immunité n'augmente plus, quelle que soit la durée du traitement par la ricine. Les doses faibles confèrent une immunité relativement plus grande que les doses fortes.

Enfin, l'immunité persiste pendant plusieurs mois (sept mois et demi dans un an), chez les souris.

Quelle doit être l'interprétation de ces phénomènes ? L'auteur pense que le sang des animaux réfractaires à la ricine contient un antidote qu'on pourrait appeler l'*antiricine :* ce sang, en effet (rapprocher les expériences de celles de Behring et Kitasato), mélangé aux solutions de ricine, en diminue considérablement la toxicité. Que si on l'injecte aux souris et aux lapins, il les rend proportionnellement à l'immunité qu'il possède lui-même, réfractaires au poison ricinique. L. GAILLARD.

De l'action du sérum sanguin du lapin, du chien et du pigeon sur le bacille du charbon, par N. PANE (*Rivista clinica e terapeutica, n°* 9, *p.* 481, 1891).

L'organisme du lapin est doué d'un certain pouvoir bactéricide contre le bacille du charbon ; ce pouvoir, le tissu sous-cutané l'exerce à un plus haut degré que le sang circulant.

Le sérum sanguin du lapin a un pouvoir antiseptique incomparablement plus grand lorsqu'il est extravasé que quand il est à l'intérieur des vaisseaux. Injecté chez les cobayes, il contribue à les rendre réfractaires aux bacilles du charbon quand ceux-ci sont en petit nombre.

Le sérum sanguin du chien n'a pas d'action contre le bacille charbonneux ; quand il existe quelques centaines de bacilles par centimètre cube de ce sérum, ceux-ci s'y développent très bien. Le sérum sanguin du pigeon n'a pas non plus d'action bactéricide contre le charbon. G. LYON.

Action de la dessiccation de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse, par D. MOMONT (*Thèse de Paris, 22 juillet* 1891).

La bactéridie sans spores contenue dans le sang charbonneux peut rester vivante même après soixante jours de dessiccation. Le sang charbonneux sec, sans spores, peut supporter, sans périr, une température de 92° pendant plus d'une heure. Lorsque la température ne dépasse pas 33°, la bactéridie desséchée meurt presque aussi vite dans le vide qu'à l'air.

La bactéridie sans spores, cultivée dans le bouillon, résiste beaucoup

moins bien à la dessiccation que celle qui est contenue dans le sang charbonneux. Ces bactéridies desséchées meurent sans avoir présenté d'affaiblissement de la virulence.

Les bactéridies sans spores résistent beaucoup moins à la dessiccation si elles sont exposées à la lumière solaire au lieu d'être gardées à la lumière diffuse. La mort est d'autant plus rapide que l'insolation est plus grande. Les bactéridies de cultures résistent aussi moins bien dans ces conditions. La lumière exalte l'action de l'air sur les bactéridies sans spores sèches, mais beaucoup plus sur les bactéridies en cultures humides. A l'abri de l'air, le mycélium bactéridien résiste longtemps à la lumière. Les bactéridies, exposées à la lumière, ne présentent pas non plus de variations dans leur virulence.

Les spores sont plus résistantes à l'air et à la lumière, à l'état sec ou humide. A l'état sec, la résistance est très longue sans que la virulence s'affaiblisse. A l'état humide, l'influence des radiations solaires sur les spores est très marquée. PAUL TISSIER.

Sopra alcune localizzazioni extrapolmonari del diplococco lanceolato capsulato, par G. BANTI (*Archivio di Anat. normale e patol., vol. V*).

Ce mémoire est consacré à l'étude des caractères biologiques des diplocoques rencontrés dans des autopsies de méningites et d'inflammations des séreuses primitives ou consécutives à la pneumonie. Banti a constaté dans ces cas quatre variétés de microcoques sous forme de diplocoque lancéolé et capsulé, variétés qu'il désigne sous les numéros I, II, III, IV, et qui diffèrent entre elles par les caractères des lésions qu'ils déterminent chez les animaux, lésions qui varient suivant les modes d'introduction du microcoque. La variété I présente les caractères assignés par Fränkel et Weichselbaum au pneumocoque, et par Foa au méningocoque. Les diverses variétés offrent des caractères assez particuliers et assez constants dans chacune d'elles pour mériter d'être individualisées, décrites séparément, mais ce ne sont que des variétés d'une même espèce de microcoque et non des espèces différentes. Ces variétés peuvent se rencontrer non seulement dans les localisations pulmonaires, mais encore dans les localisations extrapulmonaires, à l'exception de la variété III, qu'il n'a trouvée que dans le poumon. Le fait qu'elles existent vraisemblablement dans les microcoques avant leur pénétration dans l'organisme, permet de comprendre les variétés dans l'aspect clinique de la pneumonie. GEORGES THIBIERGE.

I. — Étude sur les substances microbicides du sérum et des organes d'animaux à sang chaud, par J. de CHRISTMAS (*Annales de l'Institut Pasteur, V, n° 8*).

II. — Sur la substance bactéricide du sang décrite par le professeur Ogata, par PETERMANN (*Ibid., n° 8*).

I. — L'appréciation du pouvoir bactéricide du sang est bien plus délicate que ne semblent l'avoir cru beaucoup d'auteurs. Conclure de ce qu'on observe dans le sérum qui n'est pas le sang, en dehors de l'organisme, à ce qui se passe dans le milieu sanguin est déjà hasardeux. Ne sait-on pas que le sérum d'animaux non réfractaires à un microbe peut être bactéricide pour ce microbe et inversement? Le sérum ne possède pas complet le pouvoir bactéricide sitôt après la prise du sang, et il le perd vite.

En second lieu, le changement de milieu des microbes est important : si l'on habitue par des passages successifs la bactéridie charbonneuse à vivre sur du sérum de bœuf et qu'on la transporte ensuite dans du bouillon de bœuf faiblement alcalin, on constate une action marquée : admettra-t-on alors le pouvoir bactéricide du bouillon? La quantité de CO^2 contenue dans le sérum n'est pas négligeable. Il suffit d'une petite quantité d'acide carbonique pour rendre très microbicide le sérum de vache stérilisé par chauffage.

Le sérum frais (expériences avec le sérum de lapin, de chien, de rat et des cultures jeunes semées, en petite quantité, de bactéridie charbonneuse, de bacille de la fièvre typhoïde, de staphylococcus aureus, de bacille de la diphtérie et de bacille pyocyanique) a un pouvoir bactéricide au moins faible.

Par contre, si l'on sépare du sérum ses substances albuminoïdes, on trouve que celles-ci redissoutes dans de l'eau ont un pouvoir microbicide considérable. Peut-être cela est-il dû à ce qu'il y a dans le sérum des albuminoïdes, des peptones par exemple, qui sont enlevés, et que dès lors les albuminoïdes isolés ne sont plus assimilables. C'est le phénomène de premier établissement de Duclaux ; un microbe, arrivant dans un milieu nouveau, a besoin d'y trouver un peu de nourriture appropriée, qui lui permet de sécréter des diastases capables de rendre assimilables les autres matériaux albuminoïdes du milieu. Mais ce n'est peut-être là qu'une des raisons; on obtient les mêmes résultats avec les diverses albumines de l'œuf.

Les albuminoïdes isolés du sérum des lapins non réfractaires au charbon, en solution aqueuse, tuent la bactéridie. Il s'agit peut-être des globulines de défense de Hankin. Les albuminoïdes des animaux rendus réfractaires au charbon non seulement s'opposent au développement de la bactéridie, mais encore ont un certain pouvoir antiseptique, quand on les mélange à du bouillon ou à du sérum, ce qui n'arrive pas quand on expérimente avec des animaux non réfractaires. Il intervient sans doute ici une diastase (solubilité dans la glycérine, destruction à 75°) formée sous l'influence des substances vaccinantes dans l'organisme du lapin.

II. — Ogata aurait isolé à l'aide de la glycérine du sang et du sérum des substances capables de conférer l'immunité (du sang de chien vis-à-vis du charbon, du sang de poule vis-à-vis du rouget). Petermann a préparé ces ferments en suivant ponctuellement la méthode d'Ogata, et il a constaté que ces ferments ne conféraient pas l'immunité. L'extrait glycériné de sang de poule, pas plus que le sang de poule défibriné, ne vaccine contre le rouget, au contraire, il semble que les injections de sang et de sérum de poule ne font que faciliter l'action du virus.

P. TISSIER.

The action of dead bacteria on the living body (L'action des bactéries mortes), par PRUDDEN et HODENPYL (*N. York med. Journ.*, 6 *juin* 1891).

Les bacilles tuberculeux stérilisés par le séjour prolongé dans l'eau bouillante ou dans la solution bouillante de glycérine à 50 °/₀ peuvent être fragmentés et granuleux, mais ils conservent souvent leur forme normale et se colorent par le procédé d'Ehrlich. On peut donc les reconnaître dans les tissus après l'injection aux animaux.

Une émulsion de bacilles tuberculeux stérilisés, injectée *sous la peau* des lapins, détermine en quelques semaines de petites collections purulentes, souvent encapsulées, contenant, outre le pus, des détritus granuleux; on y trouve des bacilles dégénérés à côté de bacilles d'apparence normale. Ce pus inoculé aux cobayes ne fournit aucun résultat positif.

La même émulsion injectée dans les cavités *pleurale ou péritonéale* des lapins détermine des nodules blanchâtres à centre ramolli, où l'on trouve des cellules épithéliales et des cellules géantes; ces nodules sont souvent circonscrits par du tissu fibreux; quelques-uns ne diffèrent en rien des tubercules miliaires. Les bacilles existent en grand nombre dans les masses cellulaires.

On peut donc faire naître par ce procédé à la surface de la plèvre et du péritoine des nodules analogues en apparence aux tubercules miliaires, absolument comme si les bacilles injectés étaient vivants.

L'injection intra-veineuse de bacilles stérilisés chez les lapins est généralement bien supportée, et ne provoque aucun malaise avant la troisième semaine. Quand on tue l'animal 24 heures après l'injection, on trouve les bacilles en grand nombre dans les capillaires du poumon, moins nombreux dans ceux du foie; ils sont en petite quantité dans la rate. Au bout de 3 ou 4 jours, ils disparaissent de la rate, mais restent nombreux dans le poumon et le foie. Pendant la seconde semaine, on ne découvre plus que des bacilles isolés ou réunis en petits groupes s'attachant aux parois des vaisseaux, sans leur faire subir d'altération. Puis ils s'entourent de matière amorphe ou finement granuleuse, enfin de cellules polymorphes.

Dans les poumons apparaissent de très bonne heure, parfois dès le cinquième jour, d'innombrables nodules, tantôt invisibles à l'œil nu, tantôt ayant un diamètre de 2 à 3 milimètres, constitués d'abord par des cellules épithélioïdes et géantes, parsemées de cellules arrondies ressemblant aux leucocytes et contenant des bacilles. Plus tard ces nodules ont une texture plus dense; on y voit un tissu fibreux, lâche, tandis que les bacilles disparaissent presque complètement. De la troisième à la cinquième semaine, les nodules sont si nombreux qu'on croirait avoir sous les yeux des poumons atteints de tuberculose miliaire aiguë.

Dans le foie, les lésions sont plus tardives. Pendant la troisième semaine les cellules endothéliales des capillaires se groupent; ceux-ci contiennent des îlots de cellules néoformées emprisonnant des bacilles. On trouve peu de bacilles en liberté. De la quatrième à la sixième semaine, le foie est parsemé de nodules blanchâtres ayant l'apparence de tubercules miliaires, et constitués par des cellules épithéliales seulement, ou par des cellules épithéliales et des cellules géantes. Les bacilles disparaissent progressivement de ces nodules, qui deviennent eux-mêmes extrêmement nombreux, comme dans le poumon.

Les nodules ne paraissent avoir, ni dans les poumons ni dans le foie, de tendance à la caséification.

Ils sont rares dans la rate; ils n'existent pas dans les reins.

Il y a donc des tubercules aseptiques, non infectieux, résultant de l'introduction dans le sang de bacilles tuberculeux *privés de vie*, de même qu'il y a des tubercules infectieux provenant de l'injection dans les veines

de bacilles tuberculeux *vivants* (voir la description des nodules hépatiques par Yersin, 1888). Ce fait a une importance considérable en clinique aussi bien qu'en pathologie expérimentale.

On a vu les cultures stérilisées de bacilles tuberculeux déterminer la suppuration. Pour démontrer leur action chimiotaxique, Prudden et Hodenpyl en remplissent des capillaires de verres, fermés d'un côté, qu'ils insèrent sous la peau des lapins ; au bout de 6 jours, on trouve l'extrémité libre des petits tubes obstruée par un bouchon de leucocytes qui s'engage assez loin.

L. GALLIARD.

Les altérations du sang dans les infections expérimentales, par B. PERNICE et G. ALESSI (*Sicilia medica, p.* 412 *et* 462, 1891).

Dans les infections expérimentales les altérations du sang sont constantes; elles sont dues non seulement aux microbes pathogènes, mais aux microbes non pathogènes, comme le micrococcus prodigiosus, le micrococcus flavus, etc.

Les altérations morphologiques des globules rouges sont caractérisées habituellement par l'augmentation de volume, la forme ronde, etc. Les globules prennent mal les réactifs colorants, ils ont parfois l'aspect réticulaire ; quelques-uns sont fragmentés ou irrégulièrement déformés. On observe de nombreux leucocytes tuméfiés (*idropici*) dans les cas d'infection par le staphylocoque pyogenes aureus et de nombreux corpuscules phlegmasiques, ainsi qu'Hayem l'a constaté sur l'homme.

Il existe toujours une modification dans le *nombre* absolu et relatif des globules blancs et rouges dès les premières heures de l'inoculation du virus, modification qui varie, d'ailleurs, suivant la nature de l'agent infectieux. Il s'agit en général d'une diminution des globules rouges et d'une augmentation des globules blancs, souvent d'une multiplication des hématoblastes.

Chez les animaux inoculés avec le charbon la diminution des globules rouges est très sensible, de même l'augmentation des globules blancs. La diminution des hématies est plus grande dans l'infection pneumonique que dans la diphtérie expérimentale.

Dans les infections par le staphylococcus pyogenes aureus les altérations numériques des globules sont extrêmement prononcées ; elles sont irrégulières dans l'infection tuberculeuse ; le nombre des globules subit de grandes oscillations.

Les hématoblastes sont particulièrement augmentés dans l'infection charbonneuse, typhique, pneumonique, et surtout dans l'infection par le pneumocoque.

La quantité d'hémoglobine subit des variations proportionnelles à la déglobulisation.

Il n'existe pas d'altérations appréciables au spectroscope.

Ces modifications diverses du sang sont dues aux agents pathogènes et non à leurs toxines; leur ensemble constitue l'anémie infectieuse. L'anémie de la tuberculose chronique, celle de la syphilis, rentrent dans ce cadre; peut-être également l'anémie pernicieuse progressive.

La leucocytose infectieuse, à des degrés divers, est constante ; après l'injection intraveineuse de culture de staphylocoques, leur nombre en 24 heures s'est élevé de 12,400 à 130,000 ; elle coïncide quelque-

fois avec des altérations de la rate et des ganglions, mais le fait n'est pas constant; inversement, la rate peut être hypertrophiée sans qu'il y ait leucocytose; ainsi, dans la malaria, en dehors de l'accès pernicieux, il n'y a pas d'augmentation du nombre des globules blancs, quel que soit le degré d'hypertrophie de la rate. Chez les animaux à qui la rate a été enlevée, l'existence de la leucocytose à la suite d'infections expérimentales prouve que l'on attribue à tort à cet organe la fonction de produire les globules blancs destinés à combattre les agents infectieux. c'est dans le sang que se fait la régénération des globules blancs (Spronck en a trouvé en état de karyokinèse dans le courant circulatoire.)

Les microbes non pathogènes déterminant également des altérations du sang, leur innocuité n'est que relative. Ces altérations existent également chez les animaux réfractaires au charbon, de telle sorte que cet état réfractaire doit être tenu non pour absolu, mais simplement pour relatif.

G. LYON.

Sur les formentations produites par un microbe anaérobie de l'eau (bacille amylozyme), par L. PERDRIX (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 5, *p.* 287, 25 *mai* 1891).

L. Perdrix a entrepris l'étude d'un bacille anaérobie, qui se trouve constamment dans les eaux des conduits de Paris; ce bacille est mobile, a environ 2 à 3 μ de long sur 0 μ 5 de large; il est arrondi à ses extrémités, et se réunit par couples ou par chaînes dont la mobilité est en raison inverse de leur longueur.

Il donne des spores faciles à constater, il ne se développe pas à l'air. La température la plus favorable est 35° environ. Les spores résistent 10 minutes à 80°. Cette propriété a été utilisée par l'auteur pour obtenir des cultures pures.

Les milieux trop acides ou trop alcalins ne lui conviennent pas. Son développement et ses produits de fermentation varient suivant son âge et les conditions du milieu.

D'une façon générale, les sucres se transforment en acide butyrique avec dégagement de volumes égaux d'hydrogène et d'acide carbonique. Au début il y a production d'un peu d'acide acétique (oxygène libre ou dissous restant dans le milieu de culture).

L'amidon est transformé en sucre fermentescible. La présence de l'alcool amylique dans les alcools de pommes de terre et de grains du commerce, tient aux impuretés de fermentation et en particulier à une culture de microbes anaérobies, pour lesquels l'amidon est un aliment.

PAUL TISSIER.

Propriétés pyogènes du microbe de la grippe, par TEISSIER et FRENKEL (*Lyon méd.*, 20 *septembre* 1891).

Les auteurs ont observé des suppurations consécutives à l'injection d'une culture en bouillon du microbe qu'ils ont reconnu dans le sang et les urines des sujets atteints de grippe. Chez un lapin, au point de l'injection est survenue une suppuration nécrotisante; le pus recueilli, ensemencé, a donné des diplobacilles analogues à ceux injectés, sans aucun autre micro-organisme.

A. C.

Ueber die von den Diphtheriebacillen erzegten Toxalbumine, par WASSERMANN et PROSKAUER (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, *p.* 585, 1891).

Ces auteurs ont voulu contrôler les résultats de Brieger et de Fränkel (*R. S. M.*, XXXVI, 483). Ils ont pu, à leur exemple, isoler deux substances albuminoïdes distinctes, dont l'une seulement est toxique : c'est celle qui, soluble dans l'eau, est précipitée par l'alcool dilué et se présente sous forme de poudre blanche, tandis que l'autre n'est précipitée que par l'alcool absolu et constitue, après dessiccation, une matière granuleuse jaune ou brunâtre.

Ces substances peuvent être extraites non seulement des bouillons de culture, mais aussi du sang et des organes d'animaux ayant succombé à la diphtérie.

Cherchant à conférer, à l'aide de ces deux substances, l'immunité contre la diphtérie, les auteurs ont échoué.

La toxalbumine du bacille diphtéritique n'est probablement pas un corps simple. Les auteurs pensent qu'elle contient deux choses : d'abord des albumoses comme celles qu'ont décrites Kühne et Chittenden, et, d'autre part, le poison diphtéritique proprement dit uni à ces albumoses mécaniquement et non pas chimiquement, et doué de la propriété de se précipiter avec elles.

C'est là que serait le secret des variations qu'on observe dans la toxicité des matières désignées sous le nom de toxalbumines, lesquelles se trouveraient plus ou moins chargées de poison suivant les cas.

L. GALLIARD.

Study on the etiology of diphtheria, par PRUDDEN (*New York med. record*, *p.* 445, 18 *avril* 1891).

L'auteur insiste sur les associations microbiennes du bacille de Lœffler dans la diphtérie. Il relève 11 cas où l'examen montre la présence de nombreux streptocoques sans bacilles. Ceux-ci se développent par la culture, et l'inoculation aux animaux prouve leur virulence.

La prédominance du streptocoque et dans certains cas des staphylocoques blanc et jaune qui lui sont associés, doit jouer un rôle important, dit l'auteur, dans l'évolution de la maladie. DUFLOCQ.

Weitere Mittheilungen über das Tuberkulin, par R. KOCH (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, *p.* 1189, 1891).

1° *Mode de préparation de la tuberculine.* — L'auteur n'avait fourni jusqu'ici que des indications vagues sur son procédé; il en révèle aujourd'hui les détails.

La première difficulté à surmonter, c'était d'obtenir des cultures de bacilles tuberculeux en grande masse. L'agar n'ayant donné que des récoltes insuffisantes, Koch a eu recours aux milieux liquides, et spécialement au bouillon de veau contenant 1 0/0 de peptone et 4 à 5 0/0 de glycérine. C'est à la surface du liquide que la culture se développe avec le plus d'intensité; elle doit former une sorte de cuticule qui surnage jusqu'au moment où sa croissance est terminée, c'est-à-dire pendant six ou huit semaines; on la voit alors se fragmenter et plonger dans le

liquide. Les vases employés sont les ballons à fond plat, dans lesquels on met de 30 à 50 centimètres cubes de liquide. On chauffe à 38°.

Une partie de la substance active passe dans le bouillon. On peut s'en convaincre en injectant le bouillon aux cobayes.

Après s'être assuré de la *pureté absolue* des cultures, on les réduit au bain-marie au dixième de leur volume primitif; cette opération détruit les bacilles, qu'on peut d'ailleurs retenir encore à l'aide du filtre.

La tuberculine obtenue par ce procédé contient 40 à 50 0/0 de glycérine. Elle conservera son activité fort longtemps. Pour déterminer son degré d'efficacité, il convient d'en injecter des doses décroissantes à une série de cobayes tuberculeux.

2° *Tentative d'extraction du principe actif de la tuberculine. Tuberculine purifiée.* — Le principe actif de la tuberculine étant une substance qui se rapproche des albuminoïdes, l'auteur s'est constamment préoccupé de la résistance qu'elle offrirait aux manipulations chimiques; aussi n'a-t-il cessé de vérifier, après chaque manipulation, les effets caractéristiques sur les cobayes tuberculeux, c'est-à-dire la mort produite en six à trente heures et, à l'autopsie, les taches hémorragiques punctiformes à la surface de la rate et du foie, taches que Koch considère comme pathognomoniques.

Il a d'abord traité la tuberculine par l'alcool absolu, et obtenu successivement un précipité brunâtre, un dépôt finement granuleux, une poudre blanche. Mais, dans cette poudre, la substance active est mélangée à des matières extractives insolubles, et, d'autre part, l'alcool retient une partie de la substance active.

Il a ensuite eu recours à l'alcool à 60° pour traiter le précipité floconneux obtenu en mélangeant la tuberculine avec une fois et demie son volume d'alcool absolu. La manipulation étant répétée trois ou quatre fois, il a recueilli une masse neigeuse qui, desséchée à 100°, a fourni une poudre blanc grisâtre. Cette poudre représente peut-être le principe actif complètement isolé. Pour le moment, Koch se contente de l'appeler *tuberculine purifiée*.

Ce corps est soluble dans l'eau. Si la solubilité reste incomplète, il convient d'ajouter du carbonate de soude jusqu'à réaction alcaline. Les solutions dans la glycérine à 50 0/0 sont stables, même si la température s'élève à 140 ou 160°.

La solution concentrée versée dans l'alcool absolu n'y détermine pas un précipité, mais seulement une légère opalescence.

Le meilleur agent de précipitation de la tuberculine est le chlorure de sodium. Cela est important pour la fabrication et la purification du produit.

Les réactions chimiques de la tuberculine purifiée sont celles des albuminoïdes : réaction du biuret, réaction d'Adamkiewicz, etc. L'acide nitrique détermine un précipité qui devient jaune par la chaleur et rouge brun en présence de la lessive de soude.

Il faut remarquer cependant que l'acide acétique ne donne dans les solutions qu'un léger précipité qui disparaît dans un excès du réactif ; l'acétate de plomb ne détermine qu'un louche.

Nous n'insistons ni sur les autres réactions ni sur l'analyse des cendres pratiquée par Brieger et Proskauer. La richesse en cendres

ainsi que les anomalies signalées dans les réactions donnent à penser que la substance n'est pas encore absolument pure. D'autre part, elle ne peut être complètement assimilée aux albuminoïdes (dont elle est très proche parente), et spécialement aux toxalbumines, si l'on tient compte de sa résistance à la chaleur.

Action de la tuberculine purifiée sur l'organisme humain. — Cinq hommes bien portants (dont 4 médecins) se sont prêtés à la première série d'expériences.

Kitasato subit, le 24 juin 1891, à midi, une injection de 2 milligrammes. A 4 heures, toux jusqu'à 7 heures; céphalalgie, courbature, sueurs. A 8 heures, T. 38°,3; à 11 heures, 38°,2; puis la température s'abaisse rapidement. P. 72 à 92.

A. Wassermann reçoit une injection de 3 milligrammes, le 24 juin. Dans le courant des onze premières heures, la température s'élève à 38°,7, puis redevient normale. Au début, tension des muscles de la poitrine et de l'abdomen, céphalalgie. Pas de frissons. P. 80 à 114.

H. Maas, 13 juillet, 4 milligrammes. Au bout de douze heures, T. 39°. Léger frisson suivi de chaleur, courbature, céphalalgie. P. 72 à 100.

P. Guttmann, 28 juillet, 5 milligrammes. Au bout de huit heures, T. 39°,2. Quatre heures après l'injection, sensation de tension des membres, puis frissons suivis de chaleur et sueur. Pas de céphalalgie. Vomissements muqueux. Insomnie. Le pouls a atteint 135.

Dans tous ces cas, il n'y avait plus de malaise après vingt-quatre heures. Le dernier se signale par des désordres plus sérieux.

O. Wassermann, homme robuste, n'offrant aucun signe de tuberculose, reçoit, le 27 juillet, 4 milligrammes. En dix heures, la température atteint 39°,5, puis tombe à 38°,4 et remonte (27 heures après l'injection) à 40°,2. Pendant la première poussée fébrile, le sujet éprouve si peu de malaise qu'il peut faire une promenade en voiture; mais, peu de temps avant la seconde, il a du frisson, le pouls devient petit et irrégulier, l'usage des excitants, de l'alcool, paraît nécessaire. Le pouls et la température ne reviennent au point normal qu'après quarante-huit heures.

En second lieu, les inoculations ont été pratiquées chez un grand nombre de phtisiques à l'hôpital Moabit. L'auteur résume ses expériences en disant que les effets de la tuberculine purifiée ne diffèrent pas d'une façon sensible de ceux que produit la tuberculine brute; seulement elle est quarante fois plus active chez l'homme (50 fois chez le cobaye); il faut donc employer des doses quarante fois moindres. Jusqu'ici la nouvelle substance n'offre aucun avantage sur l'ancienne au point de vue pratique. C'est ce qui engage Koch à poursuivre ses recherches. L. GALLIARD.

La tuberculose zoogléique, par GRANCHER et LEDOUX-LEBARD (*Arch. de méd. expér.*, *II*, *n°* 5, 1890).

Les recherches de Malassez et Vignal ont montré qu'il y avait une relation étroite entre la tuberculose zoogléique et la tuberculose bacillaire. Or il est possible de démontrer une filiation inverse, en partant de la pseudo-tuberculose bacillaire pour aboutir à la tuberculose zoogléique. Dans les cultures à 40°, les bacilles s'allongent, tendent à former des chapelets et filaments, ou montrent même, dans le bouillon, des flocons qui reproduisent assez bien l'amas zoogléique central avec sa touffe pé-

riphérique de filaments articulés. Les cultures sur gélose, avec addition de liquide de Nægeli, fournissent un court bacille qui, inoculé au cobaye, produit chez cet animal des zooglées, à vrai dire peu durables et retournant à la forme bacillaire par passages successifs. En somme, la zooglée n'a rien de caractéristique comme amas microbien : sa forme est réglée soit par l'action modifiante de certains milieux artificiels, soit par le mode réactionnel du milieu vivant. GIRODE.

I. — Sur l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine, par NOCARD (*Bull. Acad. de méd.*, 13 *octobre* 1891).

II. — La tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine, par NOCARD (*Ibidem*, 24 *novembre* 1891).

III. — Experiments with tuberculin on cattle (Expériences sur les animaux avec la tuberculine de Koch), par J. Mac FADYCAN (*Brit. med. J.*, *p.* 534, 29 *mars* 1891).

I. — Afin de prouver que l'emploi de la tuberculine est un moyen efficace de déceler la tuberculose, même à ses débuts chez les bovidés, Nocard a soumis aux injections de tuberculine 57 animaux de l'espèce bovine, dont l'autopsie a été faite ultérieurement.

Sur ces 57 animaux, 19 ont réagi, et l'autopsie a montré que 17 étaient tuberculeux à des degrés divers; 2 n'étaient pas tuberculeux, l'un avait de la cirrhose du foie, et l'autre était affecté d'adénie. Parmi les 17 trouvés tuberculeux, il en existait 8 qui étaient en bon état, et qu'il eût été impossible de supposer malades.

Parmi les 38 sujets qui n'ont manifesté aucune réaction à la suite de l'injection, la plupart étaient sains, quelques-uns déjà atteints de différentes maladies. OZENNE.

II. — Nocard rapporte de nouvelles expériences, qui prouvent que les injections diagnostiques de tuberculine ne provoquent pas l'avortement et ne modifient ni la quantité, ni la qualité du lait donné par les vaches laitières saines. Ces injections ont été pratiquées sur 18 vaches laitières, dont 4 récemment arrivées à l'étable; de ces 4 vaches, l'une a éprouvé une élévation de température de plus de 2 degrés ; comme elle n'a pas été conservée, le diagnostic n'a pu être confirmé par l'autopsie.

Quant aux 14 autres, 13 n'ont présenté aucune modification notable de la température : une seule a donné la réaction caractéristique et son autopsie a fait trouver des lésions tuberculeuses très discrètes, exclusivement localisées à la poitrine.

La quantité de lait, donnée le lendemain de l'injection, est restée sensiblement égale à la production moyenne des cinq jours précédents : 224 litres contre 227 litres. La qualité du lait est restée absolument la même. Quant à la gestation, elle n'a paru troublée chez aucune de ces vaches. OZENNE.

III.— Sur une vache d'Ayr atteinte de tuberculose ganglionnaire, l'auteur injecte à trois reprises différentes 20, 40 et 80 milligrammes de lymphe de Koch. Réaction fébrile très nette, surtout pour la première injection, toux aggravée, ganglions plus gros et plus douloureux : la crise inflammatoire dure environ 4 à 5 jours. L'appétit de l'animal est peu modifié.

Sur une autre vache tuberculeuse, au contraire, les mêmes doses d'injection ne produisirent aucun phénomène réactionnel. Les animaux furent sacrifiés, et l'on constata que les viscères et les séreuses étaient farcis de granulations récentes, mêlées aux noyaux caséeux de plus ancienne origine. H. R.

Tuberculose expérimentale du lapin, par GRANCHER et LEDOUX-LEBARD (*Arch. de méd. exp., III,* 2, *p.* 145).

La septicémie aiguë tuberculeuse (type Yersin, avec gros foie, grosse rate, et sans tubercules apparents) n'est pas le résultat constant et uniforme des injections intra-veineuses d'une culture tuberculeuse.

La quantité du produit injecté et son degré de virulence peuvent faire varier singulièrement les effets. Lorsqu'on diminue les doses, il arrive un moment où les animaux ne sont plus tués que lentement, et avec des lésions différentes du type Yersin ; le foie et la rate sont petits et en apparence guéris, et d'autre part, on note des tubercules visibles du poumon ou même des organes périphériques. Si l'on injecte des doses faibles et croissantes, on n'obtient rien qui ressemble à une vaccination ou crée l'immunité. Si la culture a été atténuée par la chaleur, la dessiccation ou la lumière, on observe encore une tuberculose lente, à tubercules visibles, et il survient parfois des paraplégies et des néphrites non expliquées par des localisations bacillaires et dues vraisemblablement à une action toxique. GIRODE.

De la présence de la tuberculine dans le liquide des épanchements pleurétiques, par DEBOVE et RENAULT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *juillet* 1891).

Les auteurs ont pratiqué chez un lupeux une série d'injections de liquide pleurétique (pris dans un cas de pleurésie tuberculeuse), d'abord simplement stérilisé par filtration avec un filtre Pasteur, puis soumis à l'ébullition, à dose variant de 10 à 20 centimètres cubes ; après toutes ces injections, ils eurent les réactions locales et générales de la kochine avec fortes poussées de fièvre. Ce liquide, employé chez une personne saine, ne donne aucune réaction. Pour le lupus, après avoir paru amélioré par la série des inoculations, il reprit ses dimensions et son aspect primitifs.

H. L.

Étude sur la pneumonie fibrineuse, par V. TCHISTOVITCH (*Annales de l'Institut Pasteur, V, n°* 7).

La leucocytose des pneumoniques est un fait classique ; elle manque parfois dans les formes mortelles. L'examen du sang a ici une réelle valeur pronostique.

D'expériences sur le lapin, Tchistovitch conclut que si l'on emploie des cultures affaiblies il y a régulièrement augmentation des leucocytes, disparaissant avec la guérison ; avec les cultures virulentes il y a diminution précoce et progressive des leucocytes jusqu'à la mort.

Du nombre des leucocytes on pouvait déduire la marche de la maladie ; cependant quelquefois, après une diminution passagère, il y avait augmentation des leucocytes et guérison. Il semble que les produits des diplocoques virulents ont une influence dépressive sur les leucocytes et

leurs organes producteurs, et ceux des diplocoques atténués une action chimiotaxique. Les cas où il y a d'abord diminution sont difficiles à expliquer d'ailleurs ; Limbeck a vu dans un cas avec leucocytose la mort de l'animal.

Ces faits sont d'accord avec ceux établis dans le précédent mémoire de l'auteur (*R. S. M.*, XXXVII, p. 69) sur les phénomènes de phagocytose qui se passent dans le poumon dans la pneumonie fibrineuse; la leucocytose du sang va de pair avec la phagocytose dans le poumon et inversement. P. TISSIER.

Die künstliche Erzeugung von Immunität gegen croupöse Pneumonie... (Production artificielle de l'immunité pour la pneumonie croupale et guérison de cette maladie), par EMMERICH et FOWITZKY (*Münch. med. Woch.*, *p.* 554, 11 *août* 1891).

D'après les recherches d'Emmerich, la cause de l'immunité résiderait dans la présence dans l'organisme d'une substance bactéricide, non nocive pour les éléments anatomiques. Dans toutes les maladies infectieuses la lésion histochimique consiste en une tuméfaction trouble avec dégénérescence graisseuse. On pouvait donc se demander si les produits intermédiaires si toxiques, qui prennent naissance dans cette transformation des albumines en graisses sous l'influence des agents pathogènes, n'étaient pas susceptibles de produire l'immunité chez un autre animal en les injectant dans ses veines ou dans ses séreuses.

De leurs études faits sur le lapin, Emmerich et Fowitzky montrent que l'activité des sucs organiques de lapins rendus artificiellement réfractaires confère une immunité variable. Si on rend les lapins réfractaires par l'injection sous-cutanée de cultures affaiblies on obtient une immunité incomplète et le suc des tissus a une vertu curative minime. L'injection intra-veineuse d'une culture très virulente et fortement diluée confère par contre une immunité complète, et le suc des tissus a une puissance curative éminente et pour ainsi dire « idéale ». C. LUZET.

La salive humaine et les micro-organismes pathogènes de la cavité buccale, par C. SANARELLI (*Archivio ital. di clinica medica*, *p.* 232, 1891).

L'auteur a recherché quelle est l'action de la salive sur les différents micro-organismes que l'on trouve habituellement dans la cavité buccale : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, bacille de la diphtérie, tetragène, etc. Dans ce but il s'est servi de salive empruntée à trois individus parfaitement sains, ne présentant, d'ailleurs, aucune altération des dents ou de la bouche; cette salive était filtrée sur la bougie Chamberland et l'on obtenait ainsi un liquide parfaitement limpide à réaction neutre ou légèrement alcaline et entièrement privé de germes. Ce liquide était ensemencé avec des cultures des différents micro-organismes précités, et des cultures sur plaques étaient faites à différents intervalles pour constater si le nombre des germes augmentait ou diminuait.

De ses expériences Sanarelli conclut que la salive est douée d'un pouvoir bactéricide qui s'exerce, à des degrés divers d'ailleurs, sur la plupart des microbes.

Ce pouvoir bactéricide, pas plus que celui du sérum sanguin, de

l'humeur aqueuse de l'œil, n'est illimité. Quand le nombre des germes ne dépasse pas une certaine limite, tous sans exception sont rapidement détruits; si, au contraire, la quantité des germes dépasse notablement le pouvoir bactéricide, on observe d'abord une légère diminution de ces germes, bientôt suivie, au contraire, d'un accroissement rapide et constant.

Le pouvoir bactéricide de la salive est assez faible; il est inférieur à celui du sérum sanguin, mais cependant suffisant dans nombre de cas, étant donnés le petit nombre relatif de germes contenus dans la bouche et, d'autre part, le renouvellement incessant de la salive. Ce pouvoir bactéricide, la salive ne l'exerce pas sur tous les germes indistinctement: deux d'entre eux, le bacille de la diphtérie et le pneumocoque, peuvent vivre longtemps dans la salive et y prospérer; la salive constitue pour le pneumocoque le meilleur terrain de culture (expér. de Sanarelli); toutefois, si le pneumocoque se multiplie dans la salive, sa virulence paraît s'y atténuer.

A quelle substance est due l'action bactéricide de la salive? Est-ce à une matière albuminoïde, au sulfocyanure de potassium? A cet égard on est encore réduit aux hypothèses. G. LYON.

De la réceptivité du lapin pour la vaccine, par BARD et LECLERC (*Gaz. hebd. de méd. Paris, février* 1891).

Des expériences ont montré à Bard et Leclerc que le lapin possédait une réceptivité parfaite pour la vaccine. L'évolution de la vaccine a présenté chez tous les animaux en expérience des caractères identiques, comparables à ceux qu'on observe chez le veau. Une première vaccination confère l'immunité. RICHARDIÈRE.

De l'influence de la fièvre sur le bacillus coli communis, par BARD et AUBERT (*Gaz. hebd. de méd. Paris, janvier* 1891).

L'examen bactériologique des selles de malades fébricitants a montré à Bard et Aubert que ces selles renfermaient uniquement à l'état de pureté le baccillus coli communis. Le développement exclusif de ce microbe et la disparition des espèces rivales sont la conséquence de la ma ladie qui a amené avec elle l'élévation fébrile de la température.

RICHARDIÈRE.

Ricerche batteriologiche e sperimentali in un caso di corea del Sydenham, par PIANESE (*La Riforma medica*, p. 88, 14 *juillet* 1891).

A l'autopsie d'un sujet atteint de chorée, faite vingt-cinq heures après la mort, l'auteur a trouvé dans la moelle un bacille spécial qui se développe sur les milieux ordinaires de culture, produit des gaz dans ses cultures sur gélatine et se colore surtout bien par la fuchsine phéniquée. Les inoculations sous-cutanées, intra-veineuses et intra-péritonéales sont restées négatives chez divers animaux; les inoculations sous la dure-mère par trépanation et les inoculations le long des troncs nerveux, parfois les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil, donnent chez les animaux un tremblement tantôt général, tantôt limité à certains groupes musculaires, apparaissant vingt-quatre heures après l'inoculation, augmentant les jours suivants et aboutissant généralement à la mort en

quatre jours; à l'autopsie des animaux on trouve les bacilles injectés exclusivement dans le cerveau, la moelle et les nerfs; les cellules nerveuses, principalement celles des cornes antérieures de la moelle, offrent une altération spéciale du protoplasma en tout semblable à celle que l'on rencontre chez les choréiques. GEORGES THIBIERGE.

Culture du bacille typhique sur milieux nutritifs colorés, par GASSER (*Arch. de méd. expér., II, n° 6, p.* 750).

La différenciation du bacille typhique et du bacillus coli communis repose sur des nuances qui n'ont de véritable valeur qu'en s'ajoutant les unes aux autres. On les complétera utilement par le caractère distinctif tiré du développement réciproque des deux bacilles sur gélose colorée, ensemencée en strie. On ajoute à chaque plaque de gélose une vingtaine de gouttes d'une solution aqueuse saturée de fuchsine. Le coli communis décolore rapidement la plaque en 2 à 3 jours, le typhique en 6 jours seulement. Le premier dépasse peu la strie d'ensemencement et forme une traînée rectiligne; le deuxième s'étale en un large revêtement à contour sinueux. GIRODE.

Ueber Variabilitaet und Varietaeten des Typhusbacillus, par V. BABES (*Zeitschr. f. Hyg., IX, et Hygienische Rundschau, I*, 454, 15 *juin* 1891).

Babès s'est demandé si les caractères assignés jusqu'ici aux bacilles cultivés aux dépens de cadavres typhoïdiques permettent d'affirmer le diagnostic de bacilles de la fièvre typhoïde. En se basant sur ses expériences, il croit pouvoir répondre que non.

Sur plus de 12,000 cultures datant de deux ans et provenant les unes d'un cadavre dysentérique, les autres d'une souris ayant succombé à une cause inconnue, il a pu obtenir des bacilles offrant tous les caractères assignés au bacille typhoïdique. Il a ensuite constaté que dans la règle les organes internes des cadavres typhoïdiques renfermaient, à côté du bacille pathognomonique, une ou plusieurs sortes d'autres bacilles très voisins par leurs qualités morphologiques et biologiques du bacille typhoïdique, et qu'il désigne sous le nom de variétés du bacille typhoïdique. Ses recherches ont porté sur les cadavres de 12 individus ayant succombé à la fièvre typhoïde.

Babès déclare avoir échoué dans ses essais, faits à l'extérieur du corps, pour ramener l'une quelconque de ces variétés à la forme typique du bacille d'Eberth. Il pense que ces bacilles atypiques, sans être la cause de la fièvre typhoïde, puisqu'ils varient suivant les cas, et que toujours à côté d'eux on trouve le bacille typique, jouent cependant un rôle dans l'évolution de la maladie. J. B.

Sur la propriété bactéricide du sang de rat, par METCHNIKOFF et ROUX (*Annales de l'Institut Pasteur, V, n°* 8).

Le pouvoir bactéricide du sérum des rats, très manifeste *in vitro*, ne peut donner l'explication de l'immunité relative de quelques-uns de ces animaux contre le charbon, car certains rats nullement réfractaires possèdent un sérum aussi nettement bactéricide, au point qu'on a pu penser que la substance bactéricide ne préexistait pas dans le sang.

L'action préventive que le sérum de rat exerce quand il est injecté

aux souris en même temps que le virus charbonneux n'est pas due à une immunisation de la souris, mais à l'influence directe du sérum sur la bactéridie et aussi à son pouvoir chimiotactique sur les leucocytes. Dans ce cas comme dans tous ceux étudiés jusqu'ici, les phénomènes phagocytaires jouent un rôle important. P. TISSIER.

Recherches sur le parasite des fièvres paludéennes irrégulières, par SAKHAROFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, V, 7).

Le procédé de recherche consiste à colorer les préparations avec une solution aqueuse de violet de gentiane. On trouve dans le sang des malades atteints de fièvre intermittente irrégulière des petits corps pâles, enfermés dans l'hématie, ronds à l'état de repos et possédant des mouvements amiboïdes. Au centre se trouve un cercle clair, le noyau, avec un nucléole bien coloré ordinairement excentrique.

D'abord clair, le parasite se pigmente, puis il croît sans jamais atteindre les dimensions de l'hématie et le pigment se réunit en amas; la scission peut s'observer dans le sang du doigt et se fait en 4-16 éléments dans l'hématie dont une partie persiste toujours. La division effectuée les parasites passent dans le sang ou sont enfermés dans les leucocytes. Quelquefois la division se fait avant la pigmentation ou il apparaît des formes en croissant et la maladie devient chronique.

Les parasites ne vont pas toujours jusqu'au développement des corps en croissant; les malades qui en présentent ont rarement de récidives et leur liaison avec les amibes des fièvres régulières n'est pas aussi simple que le pensait Canalis. Tous les stades de leur développement doivent être séparés de ceux des formes des fièvres irrégulières. Sur les corps en croissant bien développés on peut voir des flagelles (au bout d'un quart d'heure, par l'irritation produite par la température extérieure). PAUL TISSIER.

Die Diagnose des Rotzes... (Le diagnostic de la morve par les injections sous-cutanées d'un extrait de bacilles de la morve), par HELLMANN (*Zeitsch. für öffentl. Veterinärheilkunde*, n° 5, 1891).

En injectant sous la peau d'un animal atteint de morve une quantité suffisante de cet extrait, on détermine des phénomènes réactionnels très nets, tels que : élévation de la température (2° à 2°,5), tuméfaction de la largeur de la main au point d'inoculation, exacerbation de certains symptômes (jetage, tuméfaction ganglionnaire). Chez les animaux sains l'élévation de température ne dépasse pas 38°,5 et la tuméfaction locale un centimètre de diamètre. L'auteur donne à cet extrait le nom de *malléine*. LEFLAIVE.

Signification des figures décrites comme coccidies, par BORREL (*Arch. de méd. expér.*, *II*, *n°* 6, *p.* 786).

La diversité des cas pathologiques dans lesquels on a trouvé les formations appelées coccidies et leur présence même dans un épiderme simplement enflammé (Kiener) rendent très suspecte la spécificité de ces éléments et leur signification parasitaire. En étudiant ces éléments de plus près, l'auteur est arrivé à douter encore davantage qu'il s'agisse

d'autre chose que de dégénérations cellulaires banales. Les tentatives de cultures n'y ont jamais montré forme qui présentât apparence de vie. Les aspects psorospermosiques disparaissent par simple macération dans l'eau. Qu'ils soient intra- ou extra-cellulaires, ces éléments montrent toute une gradation entre les coccidies oviformes, presque impossibles à distinguer d'un noyau cellulaire, et les pseudo-kystes qui seraient dus à la dégénération du parasite. En somme, il faut rester dans une grande réserve à l'endroit de ces éléments et de leur valeur pathogène. GIRODE.

Sul modo di comportarsi del virus rabico... (Des effets du virus rabique à la suite d'inoculations expérimentales multiples et de son absorption par les lymphatiques), par G. POPPI (*Bullet. delle scienze med., décembre* 1890).

L'inoculation de virus rabique non atténué, c'est-à-dire pris directement au chien et au lapin de premier passage, lorsqu'elle est faite en divers points d'un seul et même animal, par exemple au niveau des méninges et sur le trajet de plusieurs nerfs, amène la mort de l'animal en un temps bien plus court qu'une inoculation unique sous les méninges. De même, l'incubation de la rage est bien plus courte lorsqu'on dépose le virus simultanément sur plusieurs troncs nerveux au lieu d'un seul.

Chez le lapin, la rage se développe aussi sûrement et aussi rapidement après l'inoculation dans la moelle rachidienne que sous les méninges céphaliques, ce qui rend plus faciles, surtout en dehors des instituts spéciaux, les expériences tendant à démontrer l'existence de la rage chez les animaux mordeurs. Le procédé qui paraît le meilleur pour déterminer, chez le lapin, la rage aussitôt que possible consiste à inoculer l'émulsion de substance nerveuse à la fois sous les méninges et en divers points de la moelle rachidienne. LEFLAIVE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Recherches sur l'absorption cutanée des substances médicamenteuses incorporées dans les corps gras, par GUINARD et BOURET (*Lyon méd.*, 6 *septembre* 1891).

D'une série d'expériences sur l'homme et sur les animaux, les auteurs concluent que la peau intacte n'absorbe pas les substances incorporées dans les pommades. Quelques substances dégageant des vapeurs peuvent en laisser pénétrer par les glandes sébacées et les follicules pileux, mais il ne s'agit pas d'absorption à travers l'épiderme.

Sur les surfaces absorbantes, on doit préférer la vaseline à l'axonge et à la lanoline ; c'est elle en effet qui abandonne le plus rapidement le produit incorporé. A. C.

Ueber das Schicksal der in das Blut gelangten Eisensalze (De l'évolution des sels de fer introduits dans le sang), par C. JACOBI (*Archiv für exper. Pathol. u. Pharmak., XXXVIII, p.* 256, 1891).

Hamburger a montré que le fer introduit sous forme de sels dans l'es-

tomac chez le chien se retrouve presque tout entier dans les excréments, — une très petite portion passant dans l'urine. Lorsque l'on injecte dans le sang, on constate dans les premières heures qu'une faible partie (10 0/0) est excrétée avec l'urine, le liquide intestinal et la bile : la partie principale (50 0/0) est déposée dans les organes, le foie, la rate, les reins, la paroi intestinale. Ce dépôt est terminé en deux ou trois heures, de telle sorte que le sang est, après ce laps de temps, tout à fait débarrassé du métal. DASTRE.

Influenza degli amari e degli aromatici sulla secrezione gastrica e sulla digestione, par MARCONE (*La Riforma medica*, *p.* 626, 8 *juin* 1891).

Les substances amères introduites dans l'estomac en même temps que les aliments diminuent la durée de la digestion gastrique, augmentent la quantité de suc gastrique, rendent les mouvements de l'estomac plus actifs et plus efficaces et augmentent le pouvoir digestif du suc gastrique. Lorsqu'elles sont introduites à jeun, la quantité de suc gastrique augmente et le suc sécrété a un pouvoir digestif non douteux.

GEORGES THIBIERGE.

Notiz betreffend die therapeutische Anwendung der Piperazin, par Wilhelm EBSTEIN et Charles SPRAGUE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 14, *p.* 341, 6 *avril* 1891).

La pipérazine ou pipérazidine, sans être ni caustique, ni toxique, jouit de la remarquable propriété de dissoudre, à la température ordinaire, la moitié de son volume d'acide urique. Ebstein et Sprague ont expérimenté l'action de cette substance (à la dose progressive de 1 à 3 grammes) sur la composition de l'urine d'un malade atteint de papillome vésical. Ils ont constaté qu'il y avait augmentation de l'élimination de l'urée sans diminution de la quantité d'acide urique. J. B.

I. — Effets thérapeutiques de la diurétine, par T. TCHUDNOVSKY (*Wracht*, *n°* 46, *p.* 1039, 1890).

II. — The remarkable effects of diuretin in dropsy, par BABCOCK (*N. York med. journ.*, *p.* 37, 11 *juillet* 1891).

III. — Wirkungen des Diuretins (Action de la diurétine), par KRESS (*Münch. med. Woch.*, *p.* 663, 1891).

I. — L'auteur administre la diurétine, à la dose d'un gramme, de quatre à six fois par jour, dans les maladies du cœur, la néphrite et la cirrhose. Voici le résumé de ses recherches :

La diurétine élève la tension artérielle d'une façon assez durable : c'est donc un médicament cardiaque dans le même sens que la digitale. La diurèse est surtout considérable chez les cardiaques asystoliques. Chez les myocardiques, l'effet est moins certain et moins brillant.

Dans les néphrites aiguës, la diurétine fait disparaître rapidement l'hydropisie et la céphalée ; dans les néphrites chroniques, elle est peu efficace; elle n'agit pas sur l'albuminurie.

Pas d'action diurétique dans la cirrhose.

Chez les personnes en santé, la diurétine accroît légèrement le taux journalier de l'urine.

Les effets diurétiques de la diurétine sont dus à l'action associée de la théobromine et du salicylate de soude. H. R.

II. — On peut prescrire la diurétine à la dose de 4 à 8 grammes par jour, soit en solution, soit sous forme pilulaire. Il convient d'administrer des doses faibles souvent répétées. L'action diurétique est énergique et prompte dans toutes les variétés d'hydropisie. N'augmentant pas la tension artérielle, il peut réussir dans les cas où la digitale, la caféine et leurs congénères échouent. Chez les cardiaques, quand il existe une grande faiblesse du pouls et de l'arythmie, la diurétine renforce et régularise le cœur. Elle n'irrite ni l'estomac, ni les reins. L. GALLIARD.

III. — La diurétine possède une action diurétique plus puissante que l'alcaloïde du cacao, elle augmente à la fois l'eau et les parties solides de l'urine. Elle agit sur le rein sans en irriter les épithéliums, sans provoquer d'albuminurie. Secondairement elle régularise la circulation. Elle est surtout utile dans les maladies aiguës ou chroniques du cœur ou des reins, elle reste sans action dans les œdèmes cachectiques. Elle peut être prise à grosses doses, jusqu'à 8 grammes par jour sans provoquer d'accidents. C. LUZET.

Cactina, a nerv cardiac stimulant, par O. M. MYERS (*N. York med. journ.*, *p.* 681, 13 *juin* 1891).

La cactine est le principe actif du *cereus grandiflora;* ce principe a été isolé par Sultan, pharmacien à Saint-Louis.

La solution à 10 0/0 n'est pas irritante; on peut la verser sur la conjonctive sans provoquer de désordre appréciable.

A dose toxique, la cactine détermine d'abord l'accélération du pouls et l'augmentation de la pression sanguine, puis la diminution de la pression, le ralentissement et l'irrégularité du pouls; la mort est précédée de convulsions tétaniques et cloniques dues à une action sur l'axe spinal. Les nerfs moteurs restent indemnes, car après la mort on peut les faire contracter en les galvanisant.

Après section des pneumogastriques et des sympathiques, l'injection intra-veineuse de 3 centigrammes chez un chien de 10 kilogrammes accélère le pouls et augmente la tension sanguine; cela prouve qu'elle influence directement le ganglion accélérateur intra-cardiaque.

Chez un chien de 6 kilogrammes et demi, l'injection intra-veineuse de 5 milligrammes a élevé le nombre des pulsations à 222 par minute, et fait monter le cardiomètre de 145 à 198 millimètres.

Si l'on coupe la moelle assez haut pour supprimer l'influence des centres vasomoteurs médullaires, la pression artérielle s'abaisse de 20 millimètres.

A dose thérapeutique, la cactine augmente l'énergie cardiaque, élève la tension artérielle; en outre, elle influence directement les centres moteurs de l'axe spinal, augmente les réflexes et stimule d'une façon générale le système nerveux. A certains égards, elle se rapproche de la strychnine.

C'est un médicament utile dans la dilatation simple du cœur, l'atonie myocardique, la distension symptomatique des lésions d'orifice, et aussi dans l'irritation cardiaque, dans l'intoxication tabagique, etc.

La cactine est spécialement indiquée à la période critique des fièvres adynamiques puisqu'elle stimule à la fois le cœur et la moelle.

Elle ne cause aucun désordre gastrique et n'a pas d'action cumulative comme la digitale. La digitale est préférable à la cactine dans le rétrécissement mitral, car elle prolonge davantage la période de diastole et permet au ventricule de s'emplir. Au contraire, dans l'insuffisance aortique, la cactine, en abrégeant le temps de la diastole, diminue la régurgitation du sang dans le ventricule. L. GALLIARD.

Hychochlorate of orexin, par GORDON (*Lancet*, *p.* 68, 11 *juillet* 1891).

Gordon a employé l'orexine chez des enfants de 2, 3, 8 et 11 ans. Chez l'enfant de 2 ans les doses données ont été de 0gr01 trois fois par jour. Chez l'enfant de 11 ans elles ont été de 0gr015 trois fois par jour. L'effet sur l'appétit, la régularisation de la digestion, la diminution de l'embarras gastrique et de la constipation fut satisfaisant dans tous les cas. Alors même que l'anorexie dépendait d'une tuberculose, d'une cachexie, l'effet ne s'est pas moins manifesté. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Wirkungsweise des salzsäuren Orexins..., par KRONFELD (*Wien. klin. Wochens.*, 3 *et* 4, 1891).

Le chlorhydrate d'orexine a une action au moins égale à celle des stomachiques et des amers employés jusqu'ici. Il a pour effet d'accélérer l'apparition d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, et c'est ainsi qu'il est apéritif.

Il est vraisemblable qu'en outre il augmente le pouvoir moteur de l'estomac.

Il convient dans la tuberculose peu avancée, chez les anémiques, dans le catarrhe stomacal peu prononcé. Il ne faut pas l'employer dans les catarrhes aigus, l'ulcère rond et toutes les fois que l'estomac a besoin de grands ménagements.

La dose minimum est de 0gr,30, que l'on prend mêlés aux aliments, de préférence le matin. LEFLAIVE.

Nouvelles expériences comparatives entre la caféine, la poudre, le rouge et l'extrait complet de kola, par MONAVON et PERROUD (*Lyon méd.*, 15 *novembre* 1891).

Ces recherches prouvent que la caféine n'est pas le seul principe qui agisse dans le kola, comme on l'avait prétendu ; l'extrait produit les mêmes effets que la poudre. La kola a un effet général qui permet de la regarder comme un modérateur de la nutrition. A. C.

Ueber die antitoxische Wirkung der Schildrüse (Sur l'action antitoxique du corps thyroïde, par W. LINDEMANN (*Centralblatt für allg. Path. u. path. Anat.*, 1er *juillet* 1891).

Lindermann, cherchant à vérifier cette hypothèse que le corps thyroïde est chargé de neutraliser les produits toxiques pour le système nerveux qui résultent des transformations de l'azote dans l'organisme, a étudié l'action de la caféine chez des chiens auxquels le corps thyroïde avait été enlevé. La caféine est un corps voisin de la xanthine, un des produits importants de la nutrition.

Il nota que la caféine est moins toxique chez un chien non opéré, injectée dans l'artère thyroïdienne (0,17 dose mortelle), que chez le chien auquel on a enlevé le corps thyroïde et auquel on injecte alors la caféine dans la veine jugulaire (dose mortelle 0,075).

Si l'on injecte 0,075 de caféine par kilogramme d'animal dans l'estomac d'un chien opéré, on voit survenir des accès convulsifs spontanés, il n'y a que des vomissements si le chien n'est pas opéré.

L'auteur tient donc pour démontrée l'action du corps thyroïde sur les poisons qui produisent le myxœdème chez l'homme, la tétanie chez le chien, poisons appartenant sans doute au groupe de la xanthine.

PAUL TISSIER.

Ueber das Condurangin, par Georg JUCKNA (*Kobert's Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat., IV, et Berlin. klin. Wochens*, *n°* 26, *p.* 657, 29 *juin* 1891).

Juckna tient le principe actif de l'écorce de condurango comme un mélange de deux glycosides. La condurangine, ainsi désignée par Vulpius, agit d'abord en excitant la moelle et le cerveau. Les animaux ont besoin de mouvements, des troubles de la coordination et des convulsions; puis arrive la paralysie, qui entraîne la mort, si celle-ci n'est pas déjà survenue dans le stade convulsif. La circulation et la respiration ne sont pas notablement influencées. J. B.

Zur Lehre vom Antagonismus zwischen Atropin und Morphin, par UNVERRICHT (*Centrbl. f. klin. Med.*, *n°* 45, 1891).

Des expériences faites sur les animaux ont démontré que l'atropine ne pouvait diminuer l'hyperexcitabilité de l'écorce cérébrale produite par la morphine. Une observation montre bien que chez l'homme l'atropine ne pourrait être administrée à titre d'antidote de la morphine.

Un homme atteint d'emphysème pulmonaire et de dégénérescence cardiaque reçut une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, qui causa la respiration dite de Cheyne-Stokes. On lui injecta un milligramme d'atropine. Loin de s'atténuer, le trouble respiratoire ne fit que s'accentuer. Une injection ultérieure d'atropine seule fit reparaître le même symptôme comme la morphine. LEFLAIVE.

Ueber Lysol, par GERLACH (*Zeitschr. für Hygiene*, *X*, 2).

A un même degré de concentration, le lysol a une action bien plus énergique que la créoline sur les cultures de staphylocoques et sur les liquides putréfiés; il a de plus une action désodorante. Des crachats tuberculeux mêlés à quatre parties de lysol à 5 0/0 ont perdu leur virulence au bout de trois heures; ils sont, au contraire, restés infectieux après un séjour de 24 heures dans l'acide phénique à 5 0/0 et la créoline à 10 0/0.

Chez les animaux le lysol administré par la voix buccale ne s'est montré toxique qu'à la dose de 2^{gr}, 3 par kilogramme d'animal. Les mains sont bien désinfectées par un lavage de deux ou trois minutes fait avec une solution de lysol au centième; une solution quatre fois moins forte suffit pour aseptiser les instruments en dix minutes.

Le lysol semble devoir être un très bon agent désinfectant des matières fécales et des tentures. LEFLAIVE.

I. — Dermatol, Ersatz für Iodoform, par R. HEINZ et A. LIEBRECHT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 584, 15 *juin* 1891).

II. — Zur Anwendungsweise des Dermatols, par HEINZ (*Ibidem*, n° 27, p. 684. 6 *juillet*).

III. — Ueber das Dermatol, par R. HEINZ (*Ibidem*, n° 30, p. 744, 27 *juillet*).

IV. — *Idem*, **par O. ROSENTHAL** (*Ibidem*, n° 29, p. 728, 20 *juillet*).

V. — Dermatol ein neues Wundheilmittel, par SACKUR (*Ibidem*, n° 32, p. 791, 10 *août*).

I à III. — Heinz et Liebrecht, après de nombreux essais pour trouver un succédané de l'iodoforme, pensent y être parvenus en préparant le dermatol, qui n'est autre qu'un sous-gallate de bismuth chimiquement pur.

C'est une poudre extrêmement fine, jaune safran, très stable et rappelant par son aspect l'iodoforme; mais elle est inodore et non toxique. Le dermatol est insoluble. C'est un dessiccatif astringent, n'irritant nullement les plaies et ne donnant lieu à aucun symptôme incommode. Son emploi est indiqué pour les plaies, ulcères et eczémas à sécrétions profuses, tandis qu'il est contre-indiqué pour les ulcères torpides et les plaies à bourgeons flasques.

On l'applique comme topique sous forme de poudre pure ou mélangée avec une poudre indifférente, de pommade à 10 0/0 et de gaze à 10 et 20 0/0.

A l'intérieur, le dermatol a été administré avec succès contre la diarrhée, jusqu'à la dose quotidienne de 6 grammes.

IV. — Rosenthal a expérimenté ce gallate basique de bismuth dans les affections cutanées les plus variées : chancres mous et indurés, balanite, plaies de bubons, blennorragies, eczémas, etc. Il en a été généralement très satisfait.

V. — Sackur conclut d'essais thérapeutiques qui ont porté sur une centaine de cas chirurgicaux : 1° le dermatol est un topique commode, inodore, inoffensif, activant la cicatrisation de toutes les plaies des parties molles, récentes, aseptiques et en bonne voie de granulation; 2° il ne doit pas être employé sur des plaies phlegmoneuses récentes ni sur des abcès qu'on vient d'ouvrir; mais quand la suppuration a été combattue suffisamment par des pansements antiseptiques humides et que les plaies sont détergées, il accélère leur guérison; 3° c'est le meilleur topique contre les ulcères variqueux; 4° il est inapplicable et inutile dans toutes les plaies et ulcères torpides et bourgeonnant mal; 5° il est probable qu'il ne jouit pas des propriétés antituberculeuses de l'iodoforme, et il est un antiseptique beaucoup moins énergique. J. B.

Le pental comme anesthésique, par HOLLAENDER (*Therapeutische Monatshefte, octobre* 1891).

Le pental ou amylène tertiaire obtenu en traitant l'hydrate d'amylène par la chaleur en présence d'un acide bout à 38°. C'est un liquide incolore, peu dense, très inflammable, très volatil.

Les inhalations de vapeur de pental déterminent très vite la narcose; l'anesthésie est complète ainsi que la résolution musculaire, et cepen-

dant les malades gardent leur conscience et peuvent obéir. Ni pendant, ni après la narcose il n'y a nausées, ni vomissement, ni céphalée. Le pouls d'abord accéléré revient bientôt au chiffre normal, pas d'action sur le cœur, ni sur la respiration. Le réflexe cornéen est vite aboli, l'état de la pupille est variable.

Bien que l'auteur ait ainsi endormi des sujets de tout âge, il n'a jamais eu de syncope.

Le pental diffère du chloroforme par la plus grande rapidité de la narcose, l'absence de période d'excitation et d'effets secondaires immédiats ou consécutifs ; du bromure d'éthyle, par son action plus sûre, plus persistante; il n'est pas toxique, il a par contre l'inconvénient de son inflammabilité et de son odeur pénétrante de moutarde. PAUL TISSIER.

Le gallacotophénone comme succédané du pyrogallol, par von REKOWSKI (*Therap. Monats.*, *septembre* 1891).

On a proposé, pour remplacer le pyrogallol, un corps analogue, très peu oxydable, le gallacotophénone, trioxybenzol dont le noyau renferme trois molécules O H et une molécule de métylacétone. C'est une poudre jaunâtre, sans mauvaise odeur, très peu soluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther, en toutes proportions dans la glycérine.

Les expériences sur les animaux ont montré sa non-toxicité. Une partie s'élimine en nature par l'urine; il jouit d'une action antiseptique marquée, puisqu'il suffit de 1 0/0 dans les cultures en pleine activité du bacille pyocyanique et du staphylocoque doré pour amener la mort de ces microbes en 24 heures. En pommade à 10 0/0 il réussit très bien et très rapidement contre le psoriasis. PAUL TISSIER.

Sur les combinaisons de l'acide borique et du borax, par JAENICKE (*Therapeutische Monatshefte*, *septembre* 1891).

En chauffant parties égales d'acide borique, de borax et d'eau jusqu'à l'ébullition, il se dépose, en laissant refroidir, de gros cristaux de borate de soude. Ce corps a à peu près les mêmes propriétés antiseptiques que l'acide borique, il est neutre et se présente sous forme cristallisée; à froid 100 parties d'eau en dissolvent 16 0/0, à chaud 30 0/0, à l'ébullition 70 0/0, et il reste dissous pendant un certain temps, sans se précipiter, lorsqu'on laisse la solution se refroidir.

Il agit très bien dans les suppurations et se substituera sans doute avec avantage à l'acide borique dans la pratique, en raison de sa solubilité bien supérieure.

En chauffant une partie d'acide borique et deux de borax avec une très faible quantité d'eau, on obtient une substance, ayant aussi les mêmes propriétés (essais sur les cultures), et légèrement alcaline. Elle est très soluble, formant des solutions sirupeuses, non irritante. Jaenicke n'a pas encore expérimenté cliniquement cette seconde substance. PAUL TISSIER.

Phenocollum hydrochloricum, ein neues Antipyreticum und Antirheumaticum, par HERTEL (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 15, *p.* 521, 1891).

Le chlorhydrate d'amido-acét-para-phénétidine, ou chlorhydrate

de phénocolle, est une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau à 17° et dans l'alcool. Kobert et von Mering ont démontré par des expériences sur les animaux qu'il n'avait aucune propriété toxique, même après injection dans les vaisseaux. Von Mering l'a administré à des typhiques et à des pneumoniques à la dose d'un gramme et obtenu un abaissement de température de 2°, sans provoquer de cyanose ni de collapsus. Plusieurs médecins l'ont employé comme nervin et analgésique.

Hertel a prescrit le chlorhydrate de phénocolle à des phtisiques avancés et à des rhumatisants aigus.

Chez les phtisiques, une dose de 50 centigrammes abaisse la température de 1/2 degré; une dose de 1 gramme abaisse la température de 1° à 1°,5 au bout d'une heure environ. Il faut arriver jusqu'à 5 grammes en 24 heures pour obtenir l'apyrexie ininterrompue. Le médicament paraît influencer les températures élevées du jour plus énergiquement que celles du soir.

Dans des cas de rhumatisme aigu grave ayant résisté à l'antipyrine, au salicylate de soude, à la phénacétine, à l'antifébrine, l'auteur a vu céder les arthropathies douloureuses, mais la marche de la température n'a pas été influencée.

Dans un cas grave de rhumatisme blennorragique le médicament n'a modifié ni la fièvre ni l'état des jointures.

Le chlorhydrate de phénocolle n'altère pas les reins. A la dose de 5 grammes, il produit une coloration rouge brun ou même noirâtre de l'urine. La coloration devient plus foncée sous l'influence du perchlorure de fer; on peut ensuite l'éclaircir à l'aide de l'acide sulfurique concentré, qui donne au mélange une teinte verdâtre. Le médicament passe dans l'urine très rapidement; quand on l'a supprimé aux malades, on n'en trouve les traces dans l'urine que pendant douze heures. Il ne provoque aucun désordre gastrique, intestinal, pulmonaire ni cardiaque. Il ne modifie pas les sudations. L. GALLIARD.

Ueber Phenocollum hydrochloricum, par B. HERZOG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 946, 1891).

L'auteur a administré le chlorhydrate de phénocolle à 16 malades, soit par la voie gastrique, soit en injections sous-cutanées. Il n'a observé d'accidents (dypsnée, cyanose, défaillance cardiaque) que chez un phtisique avancé.

L'action antipyrétique n'a fait défaut, la dose atteignant un gramme, que chez deux érysipélateux et chez quelques malades à qui le médicament était donné pendant l'ascension thermique; c'est pendant l'acmé que l'influence du remède s'exerce le mieux. L'auteur a vu souvent un abaissement de température de 3°; le plus considérable a été de 3°,7. La défervescence s'accompagne presque toujours de sudation. L'accès suivant est annoncé souvent par des frissonnements ou un frisson modéré.

L'action analgésique s'est manifestée dans un cas de rhumatisme chronique, dans deux cas de céphalalgie intense, dans deux sciatiques. Elle a fait défaut chez une hystérique.

La médication a été suivie une fois d'une poussée d'herpès labial.

L'urine était foncée, sans albumine, sans urobiline; elle contenait parfois de l'indican. L. GALLIARD.

Azione della creolina di Pearson sul bacillo della tubercolosi, par S. SIRENA et G. MISURACA (*La Riforma medica*, 10 *avril* 1891).

Les solutions de créoline à 3 et à 5 0/0 n'exercent aucune action destructive sur le bacille de la tuberculose, et les matières tuberculeuses auxquelles elles sont mélangées déterminent toujours chez les animaux des lésions expérimentales; il y a seulement atténuation dans les propriétés infectieuses de ces matières.

Les injections sous-cutanées de 1/2 centimètre cube de solution de créoline, à 3 et à 5 0/0 chez les cobayes, sont souvent toxiques, surtout lorsque la solution est fraîchement préparée; les injections péritonéales de 3 grammes de solution de créoline à 10 et à 5 0/0 sont toujours toxiques. GEORGES THIBIERGE.

Sull' azione antisettica dell'euforina, par V. OLIVA (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino, p.* 290, *juin* 1891).

L'euphorine est un très bon antiseptique, elle est supérieure à l'iodoforme en raison de son absence d'odeur. Elle a encore un autre avantage, celui de diminuer la sécrétion, qui devient presque séreuse, tandis que les granulations, un peu plus pâles, deviennent également plus résistantes, probablement en raison du pouvoir astringent de l'euphorine. Néanmoins l'iodoforme a toujours sur l'euphorine l'avantage de posséder une action spécifique antituberculeuse. GEORGES THIBIERGE.

I. — Recherches physiologiques sur l'extrait éthéré de fougère mâle, par J.-L. PRÉVOST et Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande*, *XI*, 269, *mai* 1891).

II. — Du principe toxique et helminthique de l'extrait éthéré de fougère, par POULSSON (*Arch. f. exp. Path. und Pharmak.*, *XXIX*, 1 *et* 2).

III. — Ueber Giftwirkung des Extractum filicis maris œthereum (Toxicité de l'extrait de fougère mâle), **par EICH** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 966, 1891).

IV. — Sur la toxicité de l'extrait de fougère mâle, par R. LÉPINE (*Semaine méd.,* 15 *et* 25 *novembre* 1891).

I. — 1° Chez les animaux à sang chaud et chez l'homme l'ingestion stomacale de l'extrait éthéré de fougère mâle, même à dose élevée, ne produit que très rarement des phénomènes fâcheux, grâce sans doute à la lenteur de l'absorption;

2° A la suite d'injections hypodermiques et surtout intrapéritonéales d'émulsion d'extrait se manifestent des symptômes qui peuvent amener la mort par paralysie du cœur et de la respiration.

Du côté de l'intestin on constate la perte des mouvements vermiculaires (lapin, rat, chat, cochon d'Inde, pigeon);

3° L'application directe du toxique dans le sac conjonctival (lapin, chat) affaiblit et annihile même la sensibilité de la cornée, sans modification constante de la pupille; cette action rappelle celle de la cocaïne.

L'urine réduit parfois la liqueur cupro-potassique, à cause de l'élimination de l'extrait de fougère;

4° Le système nerveux central, qui ne paraît que secondairement atteint chez les animaux à sang chaud, est assez rapidement paralysé chez la grenouille, chez laquelle la paralysie de la moelle, puis des nerfs, complique les phénomènes de rigidité et d'affaiblissement des muscles;

5° Les sangsues immergées dans une émulsion gommeuse d'extrait de fougère ont aussi présenté des phénomènes de paralysie et de rigidité analogues;

6° L'extrait de fougère entrave l'action oxydante du protoplasme sur la teinture de gaïac. (*R. S. M.*, XXI, 502.) J. B.

II. — Poulsson relate un certain nombre de faits d'empoisonnement par l'extrait de fougère, tous caractérisés par des symptômes d'irritation gastro-intestinale : diarrhée, hémorragies ; par des crampes, convulsions, paralysies; par des troubles de la sécrétion urinaire : albuminurie et glycosurie.

Quel est le principe toxique? On avait pensé qu'il était dû aux impuretés de l'acide filicique que l'on retire de l'extrait de fougère. Poulsson montre que cet acide présente deux parties : une cristalline, inactive; l'autre amorphe, toxique. Cette partie amorphe, soluble dans l'huile, l'éther, provoque à faibles doses tous les accidents de l'extrait de fougère.

III. — La dose habituelle d'extrait éthéré de fougère mâle, c'est-à-dire 10 grammes, peut provoquer de graves accidents : vomissements, diarrhée, vertige, tremblement, dyspnée, cyanose. L'auteur publie deux cas qui en témoignent.

Dans le troisième fait une dose de $27^{gr},6$ a causé la mort : le tableau clinique a été celui du *tétanos suraigu.*

Briquetier de 54 ans, anémique, traité à l'hôpital de Cologne, où Leichtenstein découvre dans les matières non pas les œufs d'ankylostome, mais de nombreux exemplaires de l'anguillula intestinalis. A quatre reprises différentes on lui administre sans aucun succès 10 ou 15 grammes d'extrait de fougère mâle. On se décide à prescrire une dose massive (méthode de Perroncito) : 30 grammes en deux fois.

Première dose à huit heures du matin; seconde dose (moins $2^{gr},4$) à dix heures. A midi, trismus, tétanisation des muscles de la face, de l'abdomen; opistothonos, contracture des extrémités; crampes, convulsions, exaltation des réflexes. P. 132. Dyspnée, cyanose.

Mort à trois heures un quart, malgré la morphine, le chloral et le chloroforme.

A l'autopsie, congestion des viscères. L. GALLIARD.

IV.— Résumé des travaux précédents, avec l'indication sommaire des principales observations d'empoisonnement. A. C.

I. — Idiosyncrasie de certaines espèces animales pour l'acide phénique, par ZWAARDEMAKER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *mars* 1891).

II. — De l'action de l'acide phénique sur les animaux, par Simon DUPLAY et Maurice CAZIN (*Ibidem*, 23 *mars* 1891).

I. — Intoxiqués par l'acide phénique, à dose tellement faible que des chiens et des lapins ne subissent aucun espèce de trouble, les chats et

les rats périssent au contraire rapidement. La mort est précédée de convulsions et survient finalement par paralysie respiratoire. Il est probable qu'une certaine irritabilité des centres nerveux, comme dans l'intoxication par la morphine, d'après les expériences de Guinard, rend ces animaux plus accessibles aux convulsions phéniques.

II. — L'action de l'acide phénique s'exerce dans des proportions très inégales chez les différentes espèces animales, et la souris est notamment plus sensible à cet égard que le rat, le lapin, le chien, car, pour un même poids d'animal, les doses qui produisent des troubles très accentués chez les souris ne donnent aucun résultat appréciable chez le lapin et le chien, de même que des doses qui sont mortelles pour la souris provoquent seulement des phénomènes convulsifs d'une durée plus ou moins longue et non suivis de mort, chez le rat et le cobaye, et déterminent à peine quelques troubles chez le chien. M. D.

Ueber die ohne erneute Intoxication recidivirenden... (Sur les récidives de paralysies ou de coliques saturnines sans nouvelle intoxication) par M. BERNHARDT (*Deutsche Zeits. für Nerven.*, *I*, *p.* 200).

Deux observations personnelles conduisent l'auteur à admettre que ces cas sont dus à ce que de certaines quantités de plomb qui étaient restées contenues dans l'organisme et se trouvent tout à coup, sous une influence inconnue jusqu'à présent, mises en liberté et passent de nouveau dans la circulation. L'auteur, à l'appui de cette hypothèse, rappelle que différents observateurs ont déjà signalé des cas de paralysies récidivantes, notamment pour les polynévrites. PIERRE MARIE.

Empoisonnement par le chlorure de baryum, par OGIER et SOCQUET (*Annales d'hygiène publ. et méd. légale*, 3e *série*, *XXV*, 447, *mai* 1891).

Ouvrier qui prend par mégarde du chlorure de baryum. La dose ingérée est d'environ 20 grammes. Vomissements violents, puis diarrhée. Les matières vomies étaient d'abord un liquide verdâtre, puis sanguinolent. Mort au bout de 5 heures. A l'autopsie, congestion des poumons et des reins; pas de congestion du cerveau. Mélange de sang coagulé et de sang liquide noirâtre, poisseux, dans le cœur. L'estomac renferme 75 centimètres cubes d'un liquide brunâtre. Boursouflement et teinte ecchymotique par places de la muqueuse gastrique. Intégrité de la muqueuse intestinale. La totalité du baryum retrouvé dans les divers viscères, évalué en chlorure, n'atteignait pas un demi-gramme. Le foie, les reins, les poumons, le sang du cœur renfermaient des quantités appréciables de chlorure de baryum et aussi du sulfate de baryte provenant de la décomposition du sel soluble par les sulfates de l'économie. L'estomac et l'intestin ne contenaient pas de chlorure de baryum et seulement des traces de sulfate de baryte. (*R. S. M.*, VI, 55; XIII, 133; XXIV, 449; XXVIII, 475 et XXX, 63.) J. B.

Un cas d'intoxication consécutive à l'usage externe du tabac, par AUCHÉ (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 *mars* 1891).

Ce cas d'intoxication s'est produit à la suite de deux frictions, faites pour tuer des *pediculi pubis*, avec une décoction préparée dans la proportion de 200 grammes de tabac pour 2 litres d'eau. Une demi-heure après la seconde friction, le malade a été pris de lourdeur de tête, de nausées, de vertiges, d'obnubilation de la vue, de sueurs froides et de tremblement avec faiblesse des membres, puis de refroidissement des extrémités et de vertiges.

Troubles de la vue et de l'ouïe, nausées, vomissements, hypersécrétion salivaire, pouls petit et filiforme. Au bout de 3 heures, sous l'influence du café et de stimulants, diminution des accidents, totalement disparus le lendemain.

OZENNE.

I. — Asphyxie par les vapeurs de charbon. Emphysème sous-cutané, etc..., par DUPONCHEL (*Gaz. hebd. de méd. Paris, février* 1891).

II. — Asphyxie par la vapeur de charbon. Emphysème sous-cutané, par LAVERAN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *juin* 1890).

III. — Troubles trophiques liés à l'asphyxie par la vapeur de charbon, par RENDU (*Union médicale, 4 avril* 1891).

I. — Histoire d'un malade qui, à la suite d'une tentative d'asphyxie par l'oxyde de carbone, fut atteint d'emphysème ne dépassant par les parties supérieures du thorax et la base du cou. Ce malade eut immédiatement après sa tentative d'asphyxie une hémiplégie droite avec hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, exagération des réflexes tendineux.

RICHARDIÈRE.

II. — Laveran a publié un cas analogue. Le malade avait perdu presque entièrement connaissance ; la figure était rouge, tuméfiée, et de plus on y percevait la crépitation fine de l'emphysème sous-cutané ainsi que sur le cou, toute la région antérieure du tronc, et sur le haut du dos. Extrémités froides, cyanosées, pouls filiforme. Mictions involontaires.

Pas de paralysie des membres, pas d'anesthésie. Les jours suivants l'emphysème diminue, puis disparaît peu à peu ; l'état général s'améliore, mais le malade se renferme dans un silence obstiné, ne répond que par monosyllabes. Il y a surtout un état de stupeur et une anémie très accusée : Vers le milieu de mai, X... commença à causer et à travailler ; mais l'anémie persiste. Elle était aussi accusée un mois plus tard, et le malade se plaignait spontanément de la perte de sa mémoire. H. LEROUX.

III. — Il s'agit d'un homme de 67 ans, qui tenta de s'asphyxier par le charbon ; la chambre fut ouverte trois heures après le début de l'intoxication. Vingt heures après, le malade avait recouvré son intelligence, sa liberté de mouvements, et n'accusait d'autre trouble fonctionnel qu'une douleur plantaire, qui s'expliquait par la présence de deux grosses ampoules phlycténoïdes, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Il n'y avait ni anesthésie ni hyperesthésie de la région ; un coup de ciseaux mit à nu un exsudat gélatiniforme, rosé, et la guérison n'était pas encore complète au bout de dix jours, le malade éprouvait des douleurs en marchant. H. L.

Ein Fall von Sulfonalvergiftung, par Ernst NEISSER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 702, 1890).

Un employé de droguerie, âgé de 15 ans, yanat avalé 100 grammes de sulfonal, et subi au bout de sept heures le lavage de l'estomac, est apporté à la clinique de Lichtheim. T. 35.5 ; P. 100; R. 18. Pas de cyanose. Le malade est plongé dans un profond sommeil, insensible à toutes les excitations. La pupille réagit facilement ; le réflexe cornéen est conservé. Le soir, T. 38.2.

Le second jour, on note quelques mouvements, un peu de tremblement des membres supérieurs.

Les troisième et quatrième jour, le sommeil continue sans qu'on puisse l'interrompre, mais la résistance aux excitations diminue. T. 35.5. Respiration calme. Le cinquième jour, on obtient quelques mots en réponse aux questions énergiquement formulées.

Le sixième jour, le malade parle, ouvre les yeux. Au dos des poignets, on note un exanthème constitué par de petites papules rouge-pâle. Pour

la première fois, le malade va à la selle et urine un litre en moyenne tous les jours.

Le huitième jour l'exanthème disparaît. Le malade a repris connaissance, quitte le lit. Il sort le neuvième jour.

On a trouvé le sulfonal en nature dans l'urine. Pas d'albumine ni de sucre.

L. GALLIARD.

I. — L'intoxication chronique par la morphine et ses diverses formes, par L.-R. RÉGNIER (*Paris*, 1890).

II. — Les morphinomanes, par H. GUIMBAIL (*In*-8°, *Paris*, 1892).

I. — Cette intoxication reconnaît deux causes déterminantes principales : elle peut être la conséquence d'une nécessité thérapeutique ; ou bien elle est l'effet d'une passion pathologique dont l'origine réside dans le tempérament même du sujet. Cette distinction présente une importance considérable au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Les morphinisés se distinguent des morphinomanes par l'absence dans les manifestations de l'intoxication, de phénomènes psycho-sensoriels et des symptômes graves résultant de la suppression du médicament.

La morphinomanie est caractérisée par la sensation de besoin, la présence à peu près constante d'un état nerveux héréditaire ou acquis du malade ou de stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence, et, symptomatiquement, par le mélange de phénomènes psycho-sensoriels aux manifestations propres à l'intoxication morphinique pure et simple.

L'ivresse morphinique ne peut être invoquée à décharge par un accusé comme capable d'amener un état d'inconscience ou de provoquer des impulsions irrésistibles. L'intoxication morphinique seule entraîne rarement un état de déchéance mentale suffisant pour déterminer la perte complète de la responsabilité. Elle ne produit jamais d'impulsions irrésistibles.

La morphinomanie peut au contraire mener à des modifications de l'état mental dans le cours desquelles les impulsions irrésistibles sont possibles. L'état mental développé chez les morphinomanes par l'abstinence ou par un retard plus ou moins prolongé dans les piqures, doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du degré de responsabilité de ces malades. On ne saurait admettre l'internement d'un morphinomane dans une asile d'aliénés ou une maison de santé, contre sa volonté, sauf dans les cas de manifestations dangereuses. J. B.

II. — Ce petit volume est un plaidoyer chaleureux contre la morphinomanie. G. montre successivement comment on devient peu à peu tributaire de cette funeste passion, quels sont les signes physiques, les troubles intellectuels, moraux de cet empoisonnement, les conséquences au point de vue de la santé de l'individu, au point de vue de l'état social. La question médico-légale est longuement étudiée ; elle touche en effet à la responsabilité du médecin, du pharmacien, aux délits et crimes commis par l'intoxiqué, à leur capacité civile, etc.

Pour remédier à la morphinomanie, G... estime, avec juste raison, la séquestration nécessaire. A noter comme particularité du traitement institué par l'auteur, les injections de phosphate de codéine pour remplacer la morphine ; ces injections amènent un calme parfait, ne substituent pas une autre intoxication et jointes au traitement général (bains, repos, alimentation, etc...) amènent des guérisons complètes. A. CARTAZ.

A case of poisoning by antipyrine, par BIGGS (*N. York med. journ.*, *p.* 35 10 *janvier* 1891).

Un homme de 35 ans, habitué à l'antipyrine pour des migraines, prend en 30 heures 60 grains (environ 4 grammes) de ce médicament. Au moment où il cesse la médication, il remarque la teinte foncée de son urine. L'urine a en effet la coloration olivâtre foncé que donne l'acide phénique; on y trouve un peu d'albumine, des globules rouges et de nombreux cylindres hyalins, tout cela pendant 48 heures. Pas d'autre accident.

Quelques mois avant, un médecin avait examiné l'urine sans rien y découvrir d'anormal. L. GALLIARD.

Fall von Strychninvergiftung mit Ausgang in Genesung, par Alfred GRABHORN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 21, *p*, 528, 25 *mai* 1891).

Femme de 29 ans; peu après midi, elle avale 50 centigrammes de strychnine; immédiatement après, elle mange une grande quantité de carottes et de pommes de terre.

A midi trois quarts, premières convulsions, commençant par les membres inférieurs, puis gagnant les supérieurs et la face; respiration difficile.

A 2 heures, opisthotonos considérable, trismus, crampes des extenseurs des membres, se reproduisant au moindre contact; pupilles dilatées et rigides; cyanose extrême de la face avec distension des veines du cou; obnubilation de la conscience. Lavage de l'estomac nécessitant 22 litres d'eau pour enlever tout le contenu. 5 grammes de chloral.

Cinq minutes plus tard, les convulsions cessent pour toujours.

Le lendemain, persiste une exagération de l'excitabilité réflexe.

Le surlendemain, retour des règles, en avance d'une quinzaine.

Guérison au bout de 4 jours. (*R. S. M.*, XXIV, 94, et XXXV, 88.) J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par H. SOULIER (*Tome II*, *Paris*, 1891).

Nous avons déjà rendu compte du premier volume du *Traité de thérapeutique et de pharmacologie* de Soulier, lors de son apparition. Le deuxième volume qui vient de paraître complète l'ouvrage. Nous ne reviendrons pas sur le plan de l'auteur, sur ses vues originales, la clarté de l'exposition et la précision dans le choix des documents qui font de ce traité un livre précieux, ou le médecin trouvera d'utiles enseignements.

Ce deuxième volume comporte l'étude des *cardiaques*, qui se sont enrichis dans ces dernières années de médicaments nouveaux, inférieurs, il est vrai à la digitale, mais dont il est bon de connaître les indications; des *vasomoteurs*, où l'on trouvera l'étude des divers nitrites employés en médecine; des *astringents*, des *émollients*, des *alcalins*, des *eupeptiques*, des *vomitifs*, des *purgatifs*, des *diurétiques*, des *diaphorétiques*,

des caustiques, des acides, des *eupnéiques;* des chapitres spéciaux sont consacrés à la saignée, à la transfusion et à ses dérivés, à l'hydrothérapie, aux moyens mécaniques y compris le massage, à l'électricité, à l'action du froid, de la chaleur, de la lumière, des climats, des régimes, etc. Enfin Soulier a eu l'idée ingénieuse de réunir l'étude des agents agissant sur la peau (dermatica) et sur les organes génitaux (genitalia), dans des chapitres spéciaux, au lieu de les disséminer, dans les différentes sections de son traité, comme cela a lieu trop souvent, dans nombre d'ouvrages. PAUL TISSIER.

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par A. MANQUAT (2 *vol. in* 8°, *Paris*, 1892).

La thérapeutique doit être considérée comme une science d'application. C'est en partant de ce principe que l'auteur a rédigé ces deux volumes qui contiennent sous une forme claire et concise tous les documents qui peuvent être utiles au praticien. La physiologie, l'expérience judicieuse doivent être la base de la thérapeutique bien comprise. Il est facile de voir, en lisant les divers chapitres de l'ouvrage, que cette méthode, la seule scientifique, conduit à des déductions sages et qui témoignent chez l'auteur d'une connaissance approfondie de son sujet.

L'ouvrage est divisé en trois parties: la première consiste en un rapide exposé des notions de la thérapeutique générale (rôle et définition de la thérapeutique, méthodes, actions thérapeutiques). La seconde comprend, sous le nom de modificateurs, l'étude de tous les agents thérapeutiques, y compris les plus nouveaux; en tête se place une revue des antiseptiques, des antiparasitaires, des données générales modernes sur l'infection, l'antisepsie et sur le parti qu'on peut tirer de l'atténuation des virus, Chaque médicament comprend: la pharmacologie (botanique, chimie, action physiologique générale et locale), les applications thérapeutiques, modes d'administration et dosages, avec une série de formules bien choisies, puis une courte note sur la toxicologie et les moyens de combattre l'empoisonnement. Pour les médicaments usuels on trouvera un paragraphe spécial à la thérapeutique infantile.

Plusieurs chapitres sont consacrés à des méthodes un peu chirurgicales, applicables par le médecin, thoracentèse, ponction de la vessie, lavage de l'estomac, etc... Enfin, l'auteur termine cet excellent petit traité par un résumé rapide des connaissances pharmacologiques nécessaires au médecin. A. CARTAZ.

Ueber den Einfluss der Bitterstoffe... (Influence des amers sur la quantité d'acide chlorhydrique du suc gastrique dans certaines formes de catarrhe gastro-intestinal), par TAWIZKI (*D. Arch. f. klin. Med., XLVIII, p.* 344).

Reprenant les recherches de Schuurmans Steckoven, de Reichmann et de Fortonatow, l'auteur recherche, à l'aide des procédés usités en Allemagne (colorants, iodure de potasium, salol), les modifications subies par l'acide chlorhydrique et par la motilité gastrique sous l'influence de l'administration de l'extrait de gentiane, de la quassia, de l'absinthe et du condurango. Les amers donnés à jeun ou un peu avant le repas ont une influence heureuse sur la sécrétion d'HCl libre, dans les dyspepsies liées au catarrhe gastro-intestinal avec hypochlorhydrie. Ils ne

paraissent pas influer sur la motricité de l'estomac, ni sur son pouvoir d'absorption. Bien que l'on puisse expliquer certaines améliorations par le régime de l'hôpital, plus heureux que celui des malades chez eux, Tawizki ne croit pas moins à l'action efficace des amers. Ils n'influent que peu sur l'acidité totale du suc gastrique, et n'augmentent pas la quantité secrétée de ce liquide. Il ne paraît pas exister de différences dans le mode d'action des différents amers. C. LUZET.

Les éthers sulfuriques de l'urine et l'antisepsie intestinale, par A. ROVIGHI (*Archivio ital. di clin. medica, p.* 303, 1891).

La détermination quantitative des éthers sulfuriques éliminés par l'urine est d'une grande importance pour la connaissance des putréfactions intestinales. L'élimination de ces composés varie aux différentes heures de la journée, de telle sorte que pour obtenir un résultat certain il faut faire porter l'examen sur l'ensemble des urines émises en 24 heures.

Chez l'enfant l'élimination est proportionnellement moins grande que chez l'adulte.

Les médicaments des groupes terpène et camphre, spécialement l'huile essentielle de térébenthine et le camphre, administrés à fortes doses chez le chien, diminuent considérablement et d'une façon durable la quantité des éthers sulfuriques éliminés par l'urine. Parmi les moyens qui agissent contre les fermentations intestinales il faut citer l'acide borique en irrigations, le képhyr, qui, pris à la dose d'un litre et demi par jour, est un excellent moyen pour diminuer les produits de la putréfaction intestinale (son action étant due en partie à l'acide lactique qu'il contient). G. LYON.

Traitement des maladies de l'estomac, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*in* 8°, *p* 380, *Paris*, 1891).

De la récente réédition de son traité de clinique thérapeutique, Dujardin-Beaumetz a distrait, pour les publier à part, les leçons relatives au traitement des maladies de l'estomac. Cette partie de l'ouvrage est celle qui a subi les plus grands remaniements, en raison des nombreux travaux qui ont modifié profondément les idées reçues jusqu'alors, sur les affections de l'estomac et leur traitement. Dujardin-Beaumetz a consacré un chapitre à l'étude des différents procédés d'examen du suc gastrique et conformé les règles thérapeutiques aux enseignements nouveaux fournis par cet examen. Les premiers chapitres de l'ouvrage traitent des aliments et de l'alimentation, du lavage de l'estomac, de l'ulcère et du cancer, de la gastrite et de la dilatation. Dujardin-Beaumetz passe ensuite en revue les dyspepsies chimiques et motrices, les dyspepsies nerveuses, les dyspepsies d'origine buccale et intestinale, enfin, la dyspepsie des nouveau-nés. G. LYON.

Ueber die Wirksamkeit grosser Wasserzufuhr bei Infectionskrankheiten (L'ingestion de grandes masses d'eau dans les maladies infectieuses), par G. VALENTINI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, *p.* 914, 1891).

Au lieu d'employer la méthode de Sahli, qui consiste à injecter dans le tissu cellulaire de grandes quantités d'eau, l'auteur fait boire aux

sujets atteints de maladies infectieuses, spécialement aux typhiques, tout le liquide qu'ils peuvent supporter sans vomir. Il leur donne, par exemple, 2 litres de lait, 1 litre d'eau contenant 200 grammes de sucre de lait, 1 ou 2 litres de bouillon, de l'eau à discrétion. Il obtient ainsi à la période d'état de la fièvre typhoïde, quand le thermomètre marque encore 40°, près de 4 litres d'urine ; puis, la température oscillant autour de 39°, 5 litres d'urine.

La quantité d'eau ingérée doit être, d'après lui, en rapport direct avec la gravité du cas. Il emploie en même temps la balnéation d'une façon rigoureuse.

Dans un fait de typhus pétéchial d'intensité moyenne, il a toujours obtenu au moins 2 litres d'urine. Dans la pneumonie, le résultat n'a pas été important : la quantité d'urine s'est élevée de 800 centimètres cubes à 1 litre 1/2, mais il n'y a pas eu d'effet appréciable sur la marche de la maladie. Rien d'avantageux pour les scarlatineux et les morbilleux. C'est donc surtout aux typhiques que la méthode est applicable.

L. GALLIARD.

Einfluss grosser Mengen Kochsalzlosung auf Blut und Harnsecretion (Influence des solutions salées sur le sang et sur l'urine), par BIERNACKI (*Zeitsch. für klin. Medicin, XIX, p.* 50).

Les effets produits par l'injection sous-cutanée de grandes quantités (500 cent. cubes et plus) de solution salée à 7 0/0 peuvent être divisés en trois périodes :

1° La première période dure de 1 à 2 jours. Le sang est dilué, pauvre en globules rouges. Son poids spécifique est plus faible. Il renferme plus d'eau, moins de matières solides. Le poids spécifique du sang veineux diminue plus que celui du sang artériel. — De plus, le nombre des globules blancs est notablement accru. Les sels inorganiques et surtout Na Cl sont en proportion relativement forte sans que cette augmentation soit parallèle à la quantité de Na Cl injecté. La dilution du sang n'est jamais aussi grande que dans les injections intraveineuses. La pression sanguine n'est pas notablement modifiée.

L'effet diurétique est très marqué. L'urine est très abondante. La quantité d'urée, de sulfates, de phosphates, abaissée proportionnellement, est augmentée en totalité. La quantité des chlorures est augmentée proportionnellement et en totalité ;

2° La deuxième période, qui dure également de 1 à 2 jours, est amenée par cette diurèse. Elle est caractérisée par l'épaississement du sang (diminution de l'eau, augmentation du nombre des globules rouges, des matières solides, du poids spécifique). Le nombre des globules blancs est diminué.

Bientôt la quantité d'urine diminue ainsi que la proportion du résidu sec et des chlorures.

L'eau de l'injection se trouve plus vite éliminée de l'organisme que Na Cl. Au cinquième jour, la quantité d'urine, la proportion d'eau dans le sang sont redevenues normales. Au contraire, il y a encore plus de Na Cl dans le sang et surtout dans l'urine jusqu'au 7e jour ;

3° La troisième période est celle des altérations du sang. Un grand nombre de globules rouges sont détruits. Leurs débris se retrouvent à

l'examen du sang; du côté de l'urine se produit une hémoglobinurie durant 2 à 3 jours. A cette époque, l'urine renferme une surabondance de phosphates et de sulfates avec une quantité normale d'urée. En résumé, tout en n'étant pas dangereuses pour la vie des animaux en expérience, ces injections déterminent dans le sang des altérations de composition chimique profondes. A.-F. PLICQUE.

Ueber intravenöse Kochsalzinfusionen bei acuten Anämieen, par H. THOMSON (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 642, 1891).

L'auteur rapporte dix observations de transfusion d'eau salée dans les veines, provenant de la clinique de Küstner. Quatre fois les sujets ont été sauvés : il s'agissait de deux hémorragies puerpérales et de deux hémorragies postopératoires. Dans les six autres cas, la terminaison a été funeste.

On a injecté dans la veine médiane basilique ou céphalique un ou deux litres de solution de sel marin à 0,60 0/0, stérilisée, ayant une température de 40°. Il n'y a pas d'accident à redouter.

L'opération a parfois une efficacité immédiate. Quand le résultat n'est que passager, il convient de pratiquer le plus tôt possible, au lieu d'une nouvelle injection salée, la transfusion de sang humain défibriné.

L'injection intraveineuse est préférable à l'injection sous-cutanée et extrapéritonéale. L. GALLIARD.

Sull valore terapeutico del sangue... (De la valeur thérapeutique du sang comme médicament ferrugineux), par GHERARDINI (*Boll. delle scienze med.*, *juillet et août* 1890).

La digestibilité et l'assimilation du sang et des préparations pharmaceutiques qui en dérivent, ont été principalement étudiées sur le chien après établissement d'une fistule gastrique. Le sang est difficilement digéré d'une façon complète, et il faut pour y arriver un suc gastrique puissant. L'hémoglobine est complètement transformée en hématine qui ne s'assimile pas et qui passe dans les matières fécales ; cette hématine injectée sous la peau est éliminée par les urines. Les peptones résultant de la digestion du sang ne contiennent que fort peu de fer.

Le sang et les préparations pharmaceutiques qui en dérivent, n'ont donc aucune valeur thérapeutique, et il importe de ne pas les prescrire aux personnes dont les fonctions digestives ne sont pas énergiques.

LEFLAIVE.

Ueber die antituberculœse Wirkung des Iodoforms und ueber die Formen der Impftuberculose, par G. TROJE et F. TANGL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 20, *p.* 484, 18 *mai* 1891).

En dehors du corps, l'iodoforme, même sous forme de vapeurs, peut tuer les bacilles tuberculeux, à condition d'un contact prolongé (50 jours pour les vapeurs). Au bout de six jours, les vapeurs iodoformées ont affaibli l'énergie de croissance des bacilles tuberculeux. A l'état de poudre, l'iodoforme ne tue pas sûrement en une quinzaine, les bacilles tuberculeux, hors de l'organisme.

L'iodoforme permet d'atténuer la virulence des bacilles tuberculeux,

de manière qu'en les inoculant à des lapins, on peut déterminer, soit un tableau morbide très analogue à la phtisie chronique de l'homme, soit une maladie offrant tous les caractères de la pommelière ou tuberculose bovine. Ces deux processus morbides ont comme trait commun la formation de cellules géantes qui se révèle ainsi indubitablement comme la conséquence d'un amoindrissement de l'énergie vitale de la génération de bacilles inoculée.

L'huile iodoformée paraît être plus active que la glycérine iodoformée.

A l'intérieur du corps (lapins), l'iodoforme introduit en même temps que des bacilles tuberculeux ayant toute leur virulence, est incapable d'en entraver le développement, alors même que la quantité de bacilles inoculée est insuffisante et que l'iodoforme est en grand excès (au centuple).

Troje et Tangl n'ont pas réussi à produire, chez le lapin, des conditions correspondant à celles de l'emploi de l'iodoforme dans les abcès froids chez l'homme. J. B.

Notes sur les injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse, par BESNIER (*Annales de dermat., juin* 1891).

Chez deux malades soumis aux injections d'huile créosotée à haute dose, l'auteur a vu des accidents qu'il attribue à une intoxication créosotée directe, plutôt qu'à la pénétration dans les veines. Chez la première malade, dès le début de l'injection, congestion de la face et toux ; bientôt après, état syncopal, dyspnée; les jours suivants, congestion pulmonaire et bronchopneumonie qui se dissipe en dix jours. Chez la seconde malade, dès le debut de l'injection, douleur rétrosternale, toux quinteuse, expectoration muqueuse ; tout rentre dans l'ordre en cinq ou six jours Il est indiqué de suspendre l'injection quand il se produit le moindre malaise à son début. F. BALZER.

Valeur thérapeutique des injections de sérum de chien, par FEULARD (*Bull. de la Soc. de derm., juillet* 1891).

Les injections sont d'une innocuité absolue quand on prend les précautions antiseptiques voulues. Feulard injectait journellement un ou deux centimètres cubes aux malades. Les injections ont eu un effet tonique et reconstituant manifeste; les malades ont augmenté de poids. L'action directe sur le lupus est plus contestable. Dans la syphilis, il n'y a pas non plus d'effet spécifique. Richet a conseillé de ne pas dépasser la dose de deux centimètres cubes par jour. Morel-Lavallée a vu les injections suivies, dans deux cas, d'urticaire très intense. F. BALZER.

Bewirkt die Injection von cantharidinsäuren Salzen Fieber ? (Les cantharidates déterminent-ils de la fièvre ?) par ROSENBACH (*Deutsche med. Woch.. n°* 15, *p.* 524, 1891).

D'après six cas étudiés par Rosenbach, les injections de cantharidate de soude, suivant la méthode de Liebreich, provoquent une réaction fébrile, comparable à celle du traitement de Koch, mais moins intense; cette réaction peut être rapide, ou retardée, ou prolongée. La température s'élève parfois à 40°. La fièvre peut durer deux jours. L'albuminurie est fréquente. L. GALLIARD.

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol, par NADAUD, rapport par HÉRARD (*Bull. Acad. de méd.*, 15 *septembre* 1891.)

Dans un mémoire sur les injections hypodermiques d'aristol comme traitement de la tuberculose pulmonaire, Nadaud énumère les résultats qu'il a obtenus sur 23 sujets et conclut ainsi :

L'aristol, introduit dans l'économie par la voie hypodermique, n'est aucunement toxique. Eliminé en grande partie par la respiration, il agit comme antiseptique et comme modificateur de la nutrition.

Les effets sont très prompts, et dès le 6ᵉ ou 7ᵉ jour il y a diminution de la toux et suppression des sueurs nocturnes. Après 20 à 25 jours de traitement, le poids du malade augmente. Ces injections, qui ne produisent aucune inflammation de la peau, ne sont utiles que dans le premier et dans le deuxième degré de la maladie. OZENNE.

Injection d'huile camphrée dans la phtisie, par H. HUCHARD et R. FAURE-MILLER (*Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, n° 34, *p.* 529, 1891).

Les auteurs ont pratiqué chez des phtisiques des injections d'huile camphrée, d'après la formule :

Huile d'olives stérilisée. . .	100 grammes.
Camphre	25 —

Le nombre des malades ainsi traités est de 27. Ces injections ne sont pas douloureuses ; elles sont suivies du retour du sommeil et de l'appétit, de la suppression des sueurs dans les trois quarts des cas, enfin du rétablissement de l'état général qui s'est fait sentir très rapidement chez six de ces malades. Du côté de l'expectoration, rien de bien net, non plus que du côté des signes d'auscultation. L'augmentation de poids s'est produite dans 8 cas.

La tolérance est parfaite pendant plusieurs jours avec une injection quotidienne de $0^{gr}10$; elle se maintient pendant 3 ou 4 jours avec 2 injections par jour de $0^{gr}25$. A cette dose, il se manifeste vers le quatrième jour un goût de camphre dans la bouche, ainsi que des éructations gazeuses camphrées. Deux jours de repos suffisent pour faire disparaître ces symptômes.

Cette médication paraît relever puissamment l'état général ; Bruno Alexander (de Gand) est arrivé à des conclusions analogues.

G. LYON.

Le salicylate de soude dans le traitement des pleurésies séreuses, par TALAMON (*La Médecine moderne*, *p.* 472, 18 *juin* 1891).

Le salicylate de soude a une efficacité réelle dans le traitement des pleurésies séreuses. On doit l'administrer à la dose de 4 à 6 grammes pendant une huitaine de jours. L'action est d'autant plus marquée et plus prompte que la pleurésie est moins ancienne. En le donnant dès le début, on a probablement des chances d'enrayer l'inflammation exsudative et de prévenir l'épanchement séreux. Il peut, d'ailleurs, être prescrit avec succès à tout autre moment de la maladie et activer la résorption du liquide. Il est indiqué de l'administrer dans les jours qui suivent la thoracentèse pour achever la résorption ou pour s'opposer à la reproduction de l'épanchement. GEORGES THIBIERGE.

Die Behandlung der Pneumonie mit grossen Dosen Digitalis, par FIKL (*Wien. med. Wochschr.*, nos 24 *et* 25, 1891).

Ayant perdu avec les traitements habituels (quinine, alcool, etc.) 7 malades sur 44 pneumoniques, soit près de 16 0/0, Fikl leur administra une dose quotidienne de 2 grammes de digitale, puis bientôt de 3 grammes, sans oser aller aux chiffres recommandés par Petrescu. 59 pneumonies, dont 46 lobaires et 13 lobulaires, ainsi traitées, guérirent toutes. Par contre, une pneumonie lobulaire traitée par la quinine, donna lieu à un décès. Il faut ajouter que les malades prenaient de l'alcool à assez haute dose et étaient alimentés autant que possible.

La convalescence s'est montrée rapide, et 43 de ces malades ont pu reprendre leur service militaire après un séjour de 3 à 6 semaines à l'hôpital. La fièvre a été généralement courte et s'est terminée en lysis plutôt qu'en crise. A l'encontre des observations de Petrescu, Fikl a souvent noté des symptômes d'intoxication digitalique, quelquefois même inquiétants en apparence. Le pouls est plusieurs fois resté lent plusieurs jours, et même irrégulier. Mais ces troubles ont toujours facilement guéri. LEFLAIVE.

Zur Behandlung der Diphtherie, par A. PULAWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, *p.* 515, 25 *mai* 1891).

Pulawski, comme Dunin, préconise contre l'angine diphtéritique, les insufflations de poudre d'iodoforme, à la dose de 30 à 60 centigrammes, répétées deux ou trois fois par jour. Concurremment, on administre de l'alcool aux malades. Jusqu'ici cette médication, qui a été employée dans 35 cas, a donné de bons résultats, sans produire de phénomènes d'intoxication. Elle a été déjà préconisée par Garnett (*R. S. M.*, XIX, 135).

J. B.

Terapia clinica dei difterici, coll' esame critico degli ultimi metodi di cura... par V. COZZOLINO (*Morgagni, mars* 1891).

Dans cette revue critique fort complète, Cozzolino montre combien les notions de l'étiologie bactérienne ont donné de précision aux indications thérapeutiques. La dipthérie est une infection primitivement locale, prompte à se généraliser. Partant de cette donnée il faudra s'attaquer au foyer primordial, empêcher par la désinfection des voies bucco-naso-pharyngées la propagation du bacille, relever les forces pour combattre l'empoisonnement et assurer la prophylaxie par l'isolement complet du diphtérique et la désinfection de l'entourage.

L'auteur passe en revue tous les antiseptiques préconisés jusqu'à ce jour : les travaux récents français sont tous mentionnés sans exception. Il reconnaît qu'il n'y a pas encore d'agent absolument spécifique ; tous les antiseptiques sont bons à la conditions de n'être point toxiques et d'être employés fréquemment. A. CARTAZ.

L'iodure de potassium dans la diphtérie, par Semen ZENENKO (*Wratch*, n° 42, *p.* 951, 1890).

L'auteur vante beaucoup l'emploi de l'iodure de potassium dans la diphtérie. Chez les adultes, il l'administre toutes les deux ou trois heures

par dose de 0,25 à 0,40; chez les enfants, de 0,03 à 0,15. On continue le médicament jusqu'à ce qu'il survienne des symptômes d'iodisme et du décollement des fausses membranes, ce qui a lieu du 2e au 4e jour du traitement. L'auteur a eu 28 succès par ce moyen dans des cas de diphtérie avérée. Simultanément Zenenko prescrit des gargarismes boriqués ou salicylés. H. R.

I. — Note sur un nouveau traitement de la diphtérie, par CATUFFE (*France médic.*, *n°* 34, *p.* 529, 1891).

II. — La diphtérie en 1890-1891. Le traitement par la glace. L'intubation du larynx, par D'ASTROS (*Marseille médical*, **nos** 9, 10 *et* 12, 1891).

I. — Les badigeonnages à l'acide phénique étant fort difficiles à employer à cause de l'indocilité des jeunes enfants, il y a intérêt à faire cracher les fausses membranes par le malade. Il faut pour cela employer un agent thérapeutique à la fois sialagogue et antiseptique. On obtient de bons résultats en faisant toutes les heures pendant le jour, toutes les deux ou trois heures dans la nuit, une friction avec un à deux grammes d'onguent napolitain dans les lieux d'élection; en outre, lavages fréquents de la bouche avec une solution de chlorate de potasse. Il faut surveiller les fonctions du rein, par lequel s'élimine le mercure.

Sur 5 cas ainsi traités il y a eu 4 guérisons sans aucun accident dû au traitement.

II. — L'emploi de la glace intus et surtout extra est, dans certains cas, un adjuvant utile du traitement de la diphtérie. Il ne donne aucun bénéfice relativement au croup et n'enraye pas sensiblement le développement des fausses membranes de l'angine. Mais sous l'influence des applications extérieures de glace, le volume des ganglions a généralement rétrocédé d'une manière manifeste et rapide. Il est à supposer que ce traitement, diminuant le calibre des voies lymphatiques, restreint ainsi l'absorption des toxines de la diphtérie.

L'intubation, malgré sa simplicité, ne mérite pas de se substituer à la trachéotomie; elle convient surtout aux croups avec diphtérie infectieuse, dans lesquels il convient de ne pas ouvrir par la plaie une voie nouvelle à l'infection, et d'éviter à un enfant déprimé une opération sanglante; c'est alors souvent une simple opération palliative. Dans les cas moyens de croup, la trachéotomie est préférable. Dans les cas relativement bénins, les deux opérations se valent à peu près. LEFLAIVE.

Valeur de l'Ephedra vulgaris comme médicament antirhumatismal, par V. BEKHTIN (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina*, *n°* 19, 1891).

Les paysans russes emploient communément l'infusion de l'*ephedra vulgaris* contre les douleurs rhumatismales. Bekhtin a étudié scientifiquement ce remède à la dose d'une décoction de 4 grammes de poudre de racine pour 150 grammes d'eau dans les 24 heures, et il a constaté que l'ephedra est un des meilleurs agents connus pour combattre le rhumatisme, surtout dans ses formes aiguës. En 48 heures, les arthrites disparaissent et le pouls redevient normal. Résultat excellent dans les

cas de rhumatisme musculaire ; moins bon dans les formes chroniques articulaires et noueuses ; pas de résultats appréciables dans le rhumatisme viscéral. Le médicament agit à la fois comme antipyrétique et comme diurétique. H. R.

Ueber Nährclystiere (Absorption des lavements d'œufs), par Armin HUBER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 22, *p.* 705, 15 *novembre* 1890, *et Deut. Arch. f. klin. Med., XLVII, p.* 495).

Huber conclut de ses expériences sur l'homme que les œufs simplement émulsionnés sont à peine absorbés par le rectum, tandis qu'il n'en est plus de même lorsqu'on les additionne de chlorure de sodium (1 gr. par œuf) ou qu'on les peptonise. J. B.

On the therapeutics of the senile heart, par George BALFOUR (*Edinburgh med. j., p.* 1073, *juin* 1891).

Le cœur des vieillards est un cœur fatigué, usé; la base du traitement doit être les toniques et à hautes doses; toutefois, dans la tachycardie de très fortes doses de digitale n'ont eu que peu d'action. Il est très difficile de relever un tel cœur, et il faut craindre d'agir trop vite et trop énergiquement; il faut ramener la vigueur progressivement en relevant aussi l'état général pour le rendre capable de supporter les assauts auxquels il est exposé.

Parfois, mais rarement, dans les jeunes ou relativement jeunes cœurs, la tachycardie est rapidement arrêtée par la belladone ou l'atropine à dose assez forte pour dilater la pupille. La belladone peut encore mieux trouver son emploi dans la brachycardie, signe de faiblesse du cœur; dans ce cas, la belladone agit tandis que la digitale ne donne aucun résultat satisfaisant, même administrée avec persévérance.

Dans les attaques d'angine, on obtient de bons effets par les inhalations de nitrite d'amyle ou l'usage des tablettes de nitroglycérine ; le traitement ultérieur, pour amener la guérison, souvent possible, consistera en toniques cardiaques, régularisation du régime, et souvent l'association avec le traitement antiarthritique.

Dans le « tremor cordis » il faut observer un régime sévère et insister surtout sur le traitement antiarthritique. F. VERCHÈRE.

Ueber den therapeutische Werth den... (Sur la valeur thérapeutique de la diminution de l'absorption des liquides dans les maladies chroniques du cœur par GLAX (*Centralbl. f. d. gesammte Therapie, mars* 1891).

Glax pense que l'augmentation des liquides ingérés augmente le volume du sang et par suite retentit sur le cœur. Au lieu de s'éliminer très rapidement comme chez l'individu sain, les liquides chez les cardiaques dont le cœur a faibli, et dans les reins desquels la circulation est ralentie, augmentent la quantité des liquides des tissus et par suite gênent la circulation veineuse par compression des origines des veines.

Dans les affections cardiaques à la période de compensation, le sang est approximativement normal, il devient plus riche en eau, au moins à

certains moments, au début de la période de rupture de la compensation pour s'épaissir ultérieurement.

Si l'on étudie la diurèse chez les cardiaques, on voit qu'après avoir été normale à la période de compensation, lorsque le cœur faiblit, elle n'est plus proportionnelle à l'ingestion des liquides, une partie de ceux-ci s'accumulant dans les tissus.

Si l'on rationne les malades au point de vue des boissons, non seulement la quantité des urines ne s'abaisse pas, mais s'élève pendant quelques jours pour redevenir ensuite normale. Aussi Glax considère le rationnement des liquides comme une des indications les plus importantes dans le traitement des cardiopathies chroniques. P. TISSIER.

L'antinervina, par F. de FILIPPI (*La Riforma medica*, p. 601, 3 *septembre* 1891).

L'antinervine de Radlauer, ou salicyltéromanilide, a été essayée par F. de Filippi sur 28 malades (2 cas de diabète, 4 maladies infectieuses fébriles, 4 cas de rhumatisme articulaire, 14 cas de névralgie, 4 cas d'hystérie). Jusqu'à la dose de 6 à 10 grammes par 24 heures, il n'y a pas eu de phénomènes subjectifs; à la dose de 7 à 10 grammes il y a eu de la cyanose, avec pouls large sans dicrotisme ni arythmie. Les effets ont été nuls dans le diabète; dans les maladies infectieuses fébriles, la dose de 50 centigrammes a produit une forte action antipyrétique pendant 3 à 4 heures; cette même dose n'a eu aucune action sur la fièvre vespérale des phtisiques. Dans le rhumatisme articulaire aigu, avec une dose de 5 à 6 grammes, la fièvre a diminué progressivement en même temps que les autres phénomènes s'amendaient, et la guérison s'est produite dans l'espace de 5 à 6 jours. Dans les névralgies, l'antinervine, à la dose de 1 gramme, fait généralement cesser la douleur pour 5 à 6 heures.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber das Europhen (Sur l'europhen, nouvelle combinaison iodée), par W. SICHEL (*Therapeutische Monatshefte*, *juillet* 1891).

II. — Ueber dermatotherapeutische Erfolge mit Europhen, par EICHHOFF (*Ibid.*, *juillet* 1891).

III. — De l'europhène dans les maladies du nez, par LÖWENSTEIN (*Ibid.* *septembre* 1891).

IV. — Sur l'emploi thérapeutique de l'europhen, par NOLDA (*Ibid.*, *octobre* 1891).

I. — L'europhen ou isobutylorthocresol iodé est une poudre fine, visqueuse au toucher, légèrement colorée en jaune, insoluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, l'éther, l'alcool, l'huile, etc. Il contient 28,1 0/0 d'iode.

Il ne s'altère pas à la température ordinaire. A 70°, il se décompose par mise en liberté de l'iode; l'humidité a la même action. Les alcalins augmentent encore cette décomposition. Or, ces conditions, milieu alcalin, chaud et humide, se trouvent réalisées lorsqu'on emploie l'europhen dans la pratique, et de là, sans doute, son action. L'élimination de l'iode par l'urine (voie buccale ou stomacale) est toujours faible, preuve de la petite quantité mise en liberté.

Au point de vue bactéricide, l'europhen est l'égal de l'iodoforme;

comme lui, il affaiblit le pouvoir de réduction des germes pathogènes et arrête la suppuration.

II. — L'europhen réussit bien dans le chancre mou et les ulcérations syphilitiques, tertiaires et secondaires, aussi Eichhoff le regarde-t-il comme un des meilleurs agents topiques du traitement de la syphilis. Il a échoué dans la blennorragie. Dans les dermatoses non suintantes, le médicament échoue (eczéma parasitaire, psoriasis, teigne faveuse).

Dans les brûlures, le lupus ulcéré, les ulcères scrofuleux de la peau, les ulcères de jambe, on obtient au contraire de bons résultats.

Il s'emploie en nature ou en pommade à 5 0/0.

III. — L'europhen a une action antiseptique et hémostatique marquée, qu'il doit à ce qu'il se décompose facilement sous l'influence de la lumière et de l'humidité. Il peut, pour le nez, remplacer avantageusement l'iodoforme. Il ne produit jamais d'irritation; il n'est pas toxique, on peut l'employer pur ou associé au talc en insufflations ou en pommade à 10 0/0. Il est surtout indiqué dans les épistaxis produites par une érosion du septum, dans les inflammations non fétides du nez, dans l'ulcère perforant de la cloison, dans les opérations chirurgicales faites sur le nez. Il donne de bons résultats dans le traitement de l'ozène, mais il y est inférieur à l'aristol.

IV. — L'europhen est indiqué dans tous les cas où l'on a employé jusqu'ici l'iodoforme. Pour les ulcères et les inflammations suppuratives, son action curative est supérieure à celle de l'iodoforme. Un chancre mou de mauvais aspect étant soumis dans une de ses moitiés au traitement par l'europhen, dans l'autre par l'iodoforme, la première moitié guérit deux jours plus tôt.

Il présente sur l'iodoforme les avantages d'une odeur moins forte, de la non-toxicité, et d'un poids spécifique peu élevé. PAUL TISSIER.

Traitement du coma diabétique, par REYNOLDS (*Medical Chronicle, août* 1891).

Reynolds prescrit aux diabétiques qui présentent des symptômes comateux une solution de citrate de potasse de façon à consommer 3 grammes de sel toutes les heures. Il cite le fait d'un homme qui, soumis à cette médication, vit, en trois jours, disparaître tous les accidents comateux, en même temps que le sucre reparaissait abondamment dans l'urine, et que l'acétone, au contraire, ne s'y retrouvait plus. Dans un autre cas analogue, il a également obtenu un succès. L'auteur insiste sur la nécessité de reconnaître de bonne heure les débuts du coma diabétique, ce qui se traduit par la faiblesse croissante, la stupeur, la douleur de l'hypochondre gauche, l'odeur d'acétone de l'haleine et de l'urine, et la coloration en brun-rouge que prend celle-ci par l'addition du perchlorure de fer. H. R.

The use of atropine in localized muscular spasm, par LESZYNSKY (*N. York med. journ., p.* 295, 14 *mars* 1891).

Dans un cas de spasme clonique du peaucier du cou du côté droit, l'auteur a obtenu, en 2 semaines, la guérison complète à l'aide d'injections de sulfate d'atropine pratiquées dans l'épaisseur du muscle lui-même. Il a injecté la première fois 1/120 de grain de sulfate d'atropine, puis il a augmenté la dose jusqu'à 1/48.

Chez une femme de 50 ans, l'auteur a obtenu une amélioration considérable par le même moyen pour un spasme facial. L. GALLIARD.

Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Kohlensäurezufuhr (Effets thérapeutiques de l'acide carbonique), par **EPHRAIM** (*Deut. Medicinal-Zeitung*, nos 25 à 28, 1891).

Les échanges gazeux entre l'air inspiré et les gaz issus du sang se font d'une manière continue au niveau des alvéoles pulmonaires, et l'intensité des mouvements respiratoires n'influe guère sur eux. Si l'on parvient à faire exhaler par les capillaires du poumon une plus grande quantité d'acide carbonique, ce gaz sera remplacé par de l'oxygène en quantité correspondante. On déterminera ainsi une suractivité des échanges gazeux et de l'apport d'oxygène.

Pour amener au sang des vaisseaux pulmonaires une quantité d'acide carbonique plus grande, Éphraïm a recours aux injections rectales de gaz comprimé. Cette thérapeutique lui aurait donné d'excellents résultats dans le traitement de la chlorose, de la phtisie, de la bronchite, de l'asthme, etc. LEFLAIVE.

Du traitement des cancroïdes par les injections, par **C.-J. ROSSANDER** (*Nordiskt med. Arkiv, XXIII*, 28).

Relation de quatre cas de cancroïdes traités par des injections d'hydrate de potassium à 0.50 ou 1 0/0 dans l'intérieur des tissus lésés. Les injections sont renouvelées tous les deux ou trois jours en employant 2 à 3 grammes de solution.

Les résultats ont été satisfaisants. La tendance à la rétrocession a été bien marquée et dans trois cas le succès a été complet. A rapprocher des observations d'Euthyboule sur le traitement par le chlorate de potasse.

A. CARTAZ.

Die Tinctions-Methode zur Behandlung der Neoplasmen, par von **MOSETIG-MOORHOF** et **BILLROTH** (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *mars* 1891).

Mosetig se loue des résultats obtenus. Il a vu diminuer un sarcome de la mâchoire inférieure, disparaître presque complètement un sarcome de la région sternale; grande amélioration d'un cancer de la langue, d'un épithélioma du visage, d'un épithélioma de la vessie et d'un adénocarcinome du bassin. L'auteur fait des injections de 3 à 6 grammes par séance ; il emploie la solution de violet de méthyle à 1/500. Il n'a jamais eu d'accidents d'intoxication. Sous l'influence du traitement les douleurs disparaissent ; les tumeurs diminuent graduellement de volume soit par ulcération, soit par ramollissement, métamorphose graisseuse et résorption.

Billroth, après avoir traité une trentaine de malades, déclare que la méthode n'a aucun effet sur les carcinomes. Dans 3 cas les injections ont produit le ramollissement et l'ulcération des sarcomes, ce qu'il considère comme un résultat défavorable. L. GALLIARD.

I. — **Contributo alla cura dei tumori maligni inoperabili trattati con la pyoctanina bleu**, par **BELLOTTI** (*La Riforma medica*, *p.* 339, 7 *août* 1891).

II. — La pioctanina nella cura dei tumori, par C. LODIGIANI (*La Riforma medica*, p. 337, 7 *août* 1891).

I. — La pyoctanine exerce sur les tumeurs malignes ulcérées une puissante action analgésique et antiseptique ; elle est légèrement irritante pour les tissus altérés et peu vivaces, mais est absolument innocente pour l'organisme. Elle arrête peut-être l'extension de l'ulcération des tumeurs et par suite la cachexie, et atténue beaucoup les douleurs. On doit l'employer soit en poudre, soit en solution à 1 ou 2 0/0, soit de préférence en solution encore plus concentrée dans le collodion à 1 pour 30. Cette dernière méthode, quoique assez douloureuse, a l'avantage d'être moins coûteuse, d'être d'une application plus facile et d'une activité plus considérable; il suffit de faire chaque jour une application du collodion à la pyoctanine.

II. — L'auteur a employé la pyoctanine en injections dans 4 cas de tumeurs diverses (sarcome du maxillaire supérieur, ulcère épithélial de la paupière, récidive de cancer du sein). Il a constaté un arrêt assez notable dans la marche de la maladie, mais non la guérison.

GEORGES THIBIERGE.

De l'emploi du courant électrique constant dans le traitement de l'occlusion intestinale, par SEMMOLA (*Bull. Acad. de méd.*, 29 *septembre* 1891).

Dans ce cas, que Semmola regarde comme un exemple d'occlusion intestinale produite seulement par une paralysie intestinale transitoire, causée par un épuisement nerveux, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui, pendant la convalescence d'une pérityphlite, fut atteint après une diarrhée violente, de douleurs intestinales atroces, de vomissements et de constipation ; les attaques se reproduisaient toutes les 20 minutes. Différentes médications ayant échoué, en présence des vomissements, des douleurs et d'une ischurie complète, on eut recours au courant électrique constant.

Trois applications de 10 minutes en furent faites la première journée, ce qui amena la cessation de l'ischurie, et au bout de 2 jours, c'est-à-dire après la neuvième application, la constipation fut vaincue. Le même traitement fut encore continué pendant quarante-huit heures, et la guérison fut définitive. OZENNE.

Sur une observation de cocaïnisme chronique, par HALLOPEAU, rapport de MAGITOT (*Bull. Acad. de méd.*, 12 *mai* 1891).

De l'observation d'Hallopeau (voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 95) Magitot rapproche un certain nombre de faits dans lesquels on a signalé des accidents ; puis, après en avoir fait la critique, il étudie l'action et les effets de la cocaïne sur l'homme et il rappelle la parfaite conformité qui existe entre les résultats cliniques et les résultats expérimentaux.

D'après lui, la cocaïne, qui ne doit pas être proscrite dans l'emploi de la pratique chirurgicale, ne doit jamais être employée chez les cardiaques, dans les affections chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes avérés. La dose de cocaïne, qui, en aucun cas, ne doit dépasser 8 à 10 centigrammes, doit être injectée dans l'intérieur du derme des muqueuses et de la peau ; cette injection doit être pratiquée par doses fractionnées.

La solution doit être d'une pureté absolue. Au moment de l'injection

le sujet doit être couché, sauf à le relever si cela est nécessaire pour l'opération. OZENNE.

Traitement du charbon par le bicarbonate de soude d'après la méthode de Fodor, par S. CHOR (*Annales de l'Institut Pasteur, p.* 335, *n°* 5, 25 *mai* 1891).

L'immunité naturelle a été attribuée aux liquides de l'organisme et en particulier pour le charbon chez le rat à l'alcalinité du sang. On a prétendu que l'alcalinisation du sang obtenu par l'administration de bicarbonate de soude pourrait donner l'immunité.

S. Chor a institué des expériences sur les lapins pour vérifier ce fait avancé par Fodor : il a complètement échoué contrairement à ce dernier auteur, quelles que fussent la voie, la dose et l'époque d'administration du médicament. Et cependant des recherches alcalimétriques directes du sang, il résulte que le bicarbonate de soude élève sensiblement cette alcalinité. L'immunité ne dépend donc pas du degré de cette alcalinité.

PAUL TISSIER.

The mechanism of suspension in the treatment of locomotor ataxy, par James CAGNEY (*Medico-chir. Transact., LXXIII, p.* 103).

Voici les conclusions des expériences de l'auteur. L'étirement de la moelle n'explique pas rationnellement les effets de la médication, et cet allongement n'existe pas. Sous l'influence de la suspension, il se fait un relâchement réel et considérable de la moelle et des racines nerveuses, qui amène la détente des symptômes. Ce relâchement est à son maximum au niveau de la courbure dorsale du rachis, là où prédomine la lésion tabétique de la moelle. L'effet est produit par le poids du corps seul, et se trouve aidé par la tension musculaire quand le corps est suspendu par les aisselles. La tension musculaire, comme la pesanteur, s'exercent d'une façon prépondérante et presque exclusive sur la région dorsale. Le relâchement de la moelle au cou est impossible, et la suspension cervico-occipitale est non seulement une manœuvre pénible et dangereuse, mais aussi une mesure inefficace. Elle est donc à supprimer. H. R.

Zur Erysipel-Impfung (Inoculation d'érysipèle), par O. LASSAR (*Deutsche med. Woch., n°* 29, *p.* 898, 1891).

L'auteur a pris des cultures pures, virulentes, de streptococcus erysipelatus, les a maintenues en quantité suffisante dans le bouillon à 32 ou 35° pendant plusieurs semaines, puis filtrées et stérilisées à la vapeur de telle façon que toutes les plaques de contrôle restassent indemnes. L'injection de la substance stérilisée dans l'oreille des lapins déterminait de la tuméfaction, de la chaleur et de la rougeur de l'organe sans réaction générale; l'irritation locale durait huit jours et aboutissait à une légère desquamation. Même résultat après l'injection au dos, quelle que soit la dose employée.

Le même liquide, étendu de dix fois son volume d'eau, a servi à Friedländer pour se pratiquer à lui-même, sous la peau de l'avant-bras, une injection d'un demi-centimètre cube. Au bout de 5 heures, douleurs vives au siège de la piqûre, rougeur et gonflement très limités, sans fièvre.

Le lendemain, douleurs exaspérées, plaque rouge grande comme la paume de la main, œdème, inappétence, céphalalgie, malaise, apyrexie. Le 5e jour, disparition complète de l'irritation locale.

Dès lors il semblait possible d'appliquer le procédé à la thérapeutique des affections qu'on a vues parfois bénéficier de l'érysipèle curatif.

Chez un malade atteint de lupus facial compliqué de carcinome du nez et traité sans succès pendant un mois par les injections de tuberculine, on a injecté d'abord sous la peau du dos une petite quantité de solution très diluée; puis, dans un nodule de la racine du nez, $0^{cc},2$ de la solution utilisée par Friedländer ; le jour suivant, nouvelle injection de $0^{cc},25$ sur un autre point: au bout de 4 heures, gonflement érysipélatoïde des parties voisines et douleur assez vive. Pas de réaction générale malgré l'emploi de doses croissantes; réaction locale toujours modérée. Traitement prolongé plusieurs semaines. Pas de résultat thérapeutique.

Même insuccès chez plusieurs autres malades. L. GALLIARD.

HYGIÈNE

Traité des falsifications et altérations des substances alimentaires et des boissons, par E. BURCKER (*In*-8°, 460 *pages, Paris*, 1892).

Il serait difficile de dire qui, du falsificateur ou du chimiste qui s'applique à dépister la fraude, dépense plus de savoir et d'ingéniosité. Toujours est-il que les falsifications des denrées alimentaires deviennent de jour en jour plus nombreuses, plus dificiles à découvrir, et qu'il a fallu organiser dans les centres importants des laboratoires municipaux pour aider à la reconnaissance de ces altérations journalières. Le pharmacien, le chimiste, se trouvent aux prises avec des difficultés incessantes.

E. Burcker a pensé leur être utile en publiant les leçons qu'il professe au Val-de-Grâce : c'est en effet un guide complet contenant les procédés d'analyses les plus rapides, en même temps que les plus sûrs, les uns empruntés à divers auteurs, les autres personnels, tous contrôlés avec le plus grand soin.

L'ouvrage de Burcker, fort complet, comprend neuf chapitres dans lesquels sont traités successivement l'eau, les boissons alcooliques (vin, bière, cidre, vinaigres, alcools), les aliments d'origine animale (lait, beurre, fromages), les aliments d'origine végétale (céréales, farines, pain), les cafés, thés, chocolats, cacaos, les matières grasses (graisses, huiles), les matières sucrées (sirops, sucres, miels), les condiments (sel, poivre).

Chaque chapitre comprend l'étude successive de la composition normale, des altérations, des falsifications et les procédés d'analyse. Un dernier chapitre vise l'examen des vases en étain, en cuivre, les vernis des poteries. A. CARTAZ.

Untersuchungen über das Ranzigwerden der Fette, par Eduard RITSERT (*Thèse inaugur. Berlin* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 352, 1er *mai* 1891).

Sur les vieilles graisses, comme à leur intérieur et malgré leur réaction acide, il pullule les micro-organismes les plus divers, et notamment les mucédinées, les oïdiums et les levures; en revanche, quand on introduit intentionnellement quelqu'un des mêmes micro-organismes, aérobies ou anaérobies, dans de la graisse fraîche, il y succombe. Ritsert en conclut que les micro-organismes ne jouent aucun rôle étiologique dans la rancidité des graisses.

D'autre part, il a constaté que dans la graisse exposée à la lumière solaire, les micro-organismes meurent plus rapidement, et que sous l'influence de cette lumière la graisse rancit, à condition d'être en même temps exposée à l'air. Au contraire, de la graisse pure peut être conservée deux mois dans l'obscurité, même à l'air, sans rancir. L'humidité par elle-même n'est pas absolument indispensable au rancissement des graisses.

L'oxygène, à l'exclusion de l'air, n'est pas absorbé par la graisse et ne la rend pas rance. L'acide carbonique est absorbé par la graisse, aussi bien dans l'obscurité qu'à la lumière; il ne la rend pas rance et lui donne seulement une saveur saline. L'hydrogène et l'azote n'agissent aucunement sur les graisses.

De la graisse stérile, chauffée en vase clos, plusieurs heures durant, à 140°, rancit dès qu'on l'expose à l'action de l'air et de la lumière.

Les micro-organismes peuvent se développer sur des graisses déjà rances à condition qu'elles ne renferment pas un excès d'acides gras libres.

J. B.

Bericht über die städtische Fleischschau in Berlin für 1889-1890... (*Hygienische Rundschau*, *I*, 195, 1er *mars* 1891).

Du 1er avril 1889 au 31 mars 1890, il a été abattu, à Berlin, 154,218 bœufs, 116,005 veaux, 430,362 moutons et 442,115 porcs. Sur ce nombre, ont été exclus de la consommation, 1889 bœufs (1,2 0/0 des abattus), 129 veaux (0,11) 174 moutons (0,04) et 4,159 porcs (0,94). On a, en outre, rejeté comme malades, en fait d'organes ou de morceaux isolés, 37,799 de bœufs, 165 de veaux, 21,925 de moutons, 31,715 de porcs. Dans ces chiffres, se trouvaient atteints d'échinocoques, les poumons de 7,266 bœufs (4,7 0/0), de 8 veaux, de 5,479 moutons (1,3), de 6,523 porcs (1,5) et le foie de 2,418 bœufs, de 10 veaux, de 2,742 moutons et de 5,078 porcs.

On a constaté la tuberculose sur 7,240 bœufs (4,7 0/0 des abattus), 52 veaux (0,045), 6 moutons et 8,437 porcs (1,9); ont été rejetés de ce chef, 1,379 bœufs (0,9), 30 veaux (0,02), 5 moutons et 1,637 porcs (0,37).

La ladrerie a été constatée sur 390 bœufs (0,25) et 1,570 porcs (0,35). 22 des bœufs ladres présentaient les cysticerques dans tous les muscles, 316 uniquement dans les muscles masticateurs; 7 animaux seulement n'en avaient pas dans ceux-ci; 292 porcs étaient atteints de trichines.

Enfin on a également exclu de la consommation : 128 animaux atteints de différentes inflammations; 132 pour ictère; 189 pour hydropisie;

100 pour aspect nauséabond de la viande ; 47 pour état sanguinolent de la viande ; 319 pour érysipèle, 17 pour choléra des porcs, 15 pour éruption ortiée, 21 pour actinomycose, 48 pour concrétions calcaires ; 2 pour lymphosarcomes ; 4 pour névromes ou abcès multiples ; 2 pour néoplasmes intra-musculaires ; 2 pour échinocoques musculaires ; 2 pour psorospermies ; 2 pour empoisonnement du sang ; 1 pour putréfaction et 20 animaux abattus in extremis.

Les postes d'inspection des viandes importées ont examiné : 137,074 quartiers de bœuf, 141,884 veaux, 68,004 moutons, 104,660 porcs. Sur ce nombre ont été exclus de la consommation : 373 quartiers de bœuf (0,27 0/0), 442 1/2 veaux (0,3), 16 moutons (0,02), 135 1/2 porcs (0,13) ; en outre, 776 morceaux ou organes isolés. On a rejeté comme tuberculeux 179 quartiers de bœuf (0,13 0/0 des importés), 1 mouton et 15 porcs ; comme ladriques, 62 quartiers de bœuf (0,05), 1 veau, 83 porcs (0,08) ; comme trichineux : 11 1/2 porcs ; comme viandes aqueuses 104 quartiers de bœuf, 341 1/2 veaux, 12 moutons, 7 porcs ; comme putréfiés, 2 quartiers de bœuf, 63 veaux, 2 moutons et 2 porcs.

Le personnel du service d'inspection des viandes, à Berlin, comprend 400 employés. J. B.

Ueber die Verwerthung des vom freien Verkehr ausgeschlossenen Fleisches als Nahrungsmittel (Des moyens d'utiliser pour la consommation les viandes de qualité inférieure), par HERTWIG (*Zeitschrift für Fleisch-und Milchhyg., I, et Hygienische Rundschau, I*, 232, 15 *mars* 1891).

Hertwig regarde comme urgent de faire rentrer dans la consommation, en observant les précautions convenables, la plus grande quantité possible de la viande qui a été éliminée par le service d'inspection. Actuellement cette viande est débitée, en petits morceaux et à un prix faible, par les étaux de basse boucherie. L'institution de ces étaux, qui est une excellente chose pour les petites villes, ne paraît pas aussi heureuse dans les villes importantes, vu l'impossibilité d'une surveillance suffisante. Aussi Hertwig est-il d'avis de généraliser pour les grandes villes ce qui se fait déjà partiellement à Berlin, c'est de ne laisser vendre que cuites ces viandes de qualité inférieure. En procédant ainsi, non seulement on augmente la sécurité des consommateurs mais on permet en outre l'utilisation d'une grande partie de ces viandes qui ne sauraient être vendues à l'état cru.

A Berlin, c'est déjà chose faite que de laisser vendre librement, après qu'elles ont été parfaitement cuites sous la surveillance de la police, les viandes de bœuf et de porc ladres. Hertwig espère que les autorités ne tarderont pas à permettre la même chose pour toutes les viandes dont la nocuité est détruite par la cuisson. J. B.

Influenza del fumo di legna sulla vita dei batteri, par A. SERAFINI et G. UNGARO (*Annali dell'Istituto d'Igiene della R. Univers. di Roma* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 267, 1er *avril* 1891).

Serafini et Ungaro ont étudié l'influence de la fumée de bois sur les bacilles, dans le but de se rendre compte de la valeur du fumage, comme méthode de conservation des viandes. Ils ont constaté que la fumée possède une action germicide très intense en vertu de laquelle

le staphylocoque pyogène doré et le bacille charbonneux sont tués en 2 heures 1/2 au plus, le bacille du foin au bout de 3 heures 1/2 et les spores charbonneuses au bout de 18 heures. Cette action est essentiellement due à la présence dans la fumée de matières goudronneuses aidées à ce point de vue par l'acide carbonique. La phase où la fumée tue ces microorganismes n'est pas précédée d'une période d'atténuation de leur virulence.

Etendant ensuite leurs expériences directement aux viandes infectées (morceaux de cobayes charbonneux), Serafini et Ungaro ont constaté, comme Forster, que le fumage n'exerce pas sur les bactéries contenues dans la viande les mêmes effets que sur les cultures pures de microorganismes. Cela tient, selon eux, à ce que la fumée ne pénètre que difficilement à l'intérieur des morceaux de viande, d'autant plus que le fumage donne lieu à la formation d'une couche de substances albumineuses coagulées à la surface des morceaux.

Les auteurs concluent que le fumage ne réussit qu'incomplètement à conserver et à désinfecter les viandes; toutefois, il peut y contribuer d'une part en s'opposant à la pénétration des germes atmosphériques, d'autre part en secondant et en accélérant l'action dessiccative du sel, qui lui, ainsi que Serafini l'a montré, empêche le développement des microorganismes.

Puisque le fumage est incapable de détruire les bactéries qui peuvent se trouver dans les substances alimentaires, il est insensé de prétendre de cette façon conserver et rendre inoffensive la viande d'animaux ayant succombé à des maladies infectieuses, surtout s'il s'agit de zoonoses transmissibles à l'homme. J. B.

L'innocuité de la saccharine comme succédané du sucre dans la préparation des aliments, par J. HUYGENS (*Thèse Amsterdam* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 234, 15 *mars* 1891).

Expériences faites sous la direction de Stokvis.

1° L'usage de petites doses de saccharine, chimiquement pure, pendant un certain temps, est absolument inoffensive pour l'homme sain.

2° La dose toxique de saccharine chimiquement pure, en injections intraveineuses, est, pour les lapins, de 1 à 2 grammes par kilogramme de leur poids; Huygens n'a pas pu découvrir de dose mortelle.

3° Les quantités de saccharine pure, nécessaires pour sucrer les mets et les boissons, ne peuvent entraver l'action diastasique de la salive non plus que l'action peptonisante du sucre gastrique.

Conclusion : Le remplacement du sucre par la saccharine dans nos aliments est inoffensif. J. B.

Sur l'emploi de la sciure de bois pour le fleurage du pain, par PLANCHON (*Annales d'hyg. publ., XXV, p.* 460, *mai* 1891).

L'opération du fleurage consiste, au moment d'enfourner le pain, à répandre sur la pelle une poudre qui empêche l'adhérence de la pâte. Le fleurage s'est pratiqué successivement avec du son, de la farine de féverole et de la fécule de pommes de terre. En 1872, sur le rapport de Bouchardat, le Conseil de salubrité de la Seine a émis l'avis qu'on

pouvait autoriser le fleurage avec de la sciure fine de chêne neuf, cette poudre n'ayant aucun goût désagréable et ne pouvant nuire à la santé. Aujourd'hui cette pratique s'est généralisée et, saisi d'une plainte à ce sujet, le Conseil, sur le rapport de Planchon, a persisté dans ses conclusions de 1872. J. B.

Die Decortication des Getreides und ihre hygienische Bedeutung (Importance hygiénique de la décortication du blé), par H. WICKE (*Arch. f. Hyg.* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 270, 1er *avril* 1891).

Uhlhorn a indiqué un procédé permettant de décortiquer les blés, humectés au préalable, de façon à n'enlever que l'enveloppe externe des grains. Après cette décortication, les grains passent successivement dans un aspirateur qui entraîne la masse de cellulose, puis dans un violent courant d'air qui leur ôte leur humidité ; enfin il ne reste plus qu'à les moudre. Weigmann a montré en 1885 que le pain fabriqué avec du seigle décortiqué renferme 8,56 0/0 d'albumine, tandis qu'il n'en contient que 7,54 si les grains n'ont pas été décortiqués.

Wicke vient de reprendre la question. Il a constaté que le blé, traité par la méthode d'Uhlhorn, fournit un rendement très considérable (95 0/0) en farine, et que le pain fait avec ce blé décortiqué a une haute teneur en albumine. 100 grammes de ce pain desséché contiennent 1gr,83 Az, (=11gr,43 d'albumine) ; 1,05 de graisse ; 84,08 d'hydrates de carbone ; 1,10 de cellulose et 2,34 de sels.

Wicke a fait, en outre, sur lui-même, des expériences destinées à montrer l'utilisation par l'organisme du pain de blé décortiqué. Il est arrivé aux résultats suivants :

PROPORTIONS CENTÉSIMALES PASSANT NON DIGÉRÉES.

	A) Pain de blé décortiqué.	B) Pain de blé non décortiqué.
Substance sèche.....	12,02	20,89
Substances azotées...	21,86	33,04
Graisse.............	17,05	43,22
Hydrates de carbone en général........	9,69	14,29
Amidon.............	8,86	12,75
Cellulose...........	72,70	92,90

L'albumine du pain de blé décortiqué est donc bien mieux absorbée que celle du pain non décortiqué.

Les résidus de la décortication contiennent encore, en outre de la cellulose, des matières nutritives : 1,65 0/0 d'azote ; 1,79 0/0 de graisse, et 73,91 0/0 d'hydrates de carbone. Mais leur riche teneur en cellulose (8,8 0/0) en rend la digestion très difficile et fait qu'ils ne sont propres qu'à nourrir le bétail.

Wicke conclut que la décortication du blé a une très grande importance pour l'hygiène, puisqu'elle enlève presque toute la cellulose, facilite l'absorption et ôte aux grains les souillures et les petits parasites déposés à leur surface. J. B.

I. — Untersuchung bitterer Milch (Causes de l'amertume du lait), par **R. KRUEGER** (*Molkerei-Zeitung* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 190, 1er *mars* 1891).

II. — Ueber bitterer Milch, par WEIGMANN (*Landwirthschaftliches Wochenblatt für Schleswig-Holstein* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 191).

III. — Zur Untersuchung bitterer Milch, par KRUEGER (*Molkerei-Ztg*. 1890, *et Hygienische Rundsch* 1891).

IV. — Idem, par WEIGMANN (*Ibidem*).

I. — D'après Krueger, le lait peut devenir amer par la pénétration de microorganismes en état de provoquer la fermentation butyrique. La plupart d'entre eux forment de l'acide gras libre aux dépens du sucre de lait, qu'ils hydratent d'abord puis transforment en acides lactique et butyrique. D'autres emploient cet acide lactique ainsi formé à la synthèse de l'acide butyrique, de sorte qu'on a affaire dans ce cas à une sorte de métabiose de deux espèces bactériennes.

Krueger a isolé du beurre caséeux le bacille fluorescent non liquéfiant qui, en présence des albuminoïdes, dédouble dans leurs composantes les triglycérides des acides gras et transforment les acides gras libres en acides butyrique et formique. Comme Lübbert, Krueger a reconnu aussi que les staphylocoques pyogènes doré et blanc, et le streptocoque pyogène produisent également la fermentation butyrique et en outre des décompositions encore plus profondes des albuminoïdes. Comme ces espèces se trouvent assez souvent dans l'inflammation aiguë du pis de la vache, Krueger croit qu'on a là une autre cause possible d'amertume du lait.

Lorsque l'amertume est constatée immédiatement après la traite, elle est due soit à l'alimentation, soit à l'inflammation du pis; lorsqu'elle ne survient qu'après un certain temps, elle résulte d'une pollution du lait par des bactéries.

Dans un lait de cette dernière catégorie, Krueger a trouvé un bacille assez volumineux qui, dans le lait stérilisé, à la température de la chambre, amène en deux jours la séparation, sous forme de flocons, des albuminoïdes et rend le lait fortement aigre; plus tard il se produit une fermentation putride. Krueger regarde ce bacille comme une variété du protée vulgaire qui peut dans quelques cas être aussi la cause de l'amertume du lait.

II. — Weigmann conteste que l'acide butyrique donne au lait un goût d'amer et de rance. Il décrit une espèce de bactérie qu'il a trouvée dans du lait parfaitement doux et qui, cependant, rendait le lait amer en 24 heures, sans produire d'acide butyrique, mais en sécrétant un ferment dissolvant de la caséine.

III. — Krueger répond en maintenant que les bactéries qui occasionnent la fermentation butyrique, rendent aussi le lait amer.

IV. — Weigmann réplique en gardant son opinion. J. B.

I. — Du lait infecté comme cause d'éclosion de la fièvre typhoïde, par Harving LITTLEJOHN (*Edinburgh med. j., p.* 801, *mars* 1891).

II. — Typhusepidemie im Bade Lauchstaedt, par PENKERT (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte* 1891 *et Hygienische Rundschau, I*, 336, 1er *mai* 1891).

I. — A Édimbourg, dans l'année 1890, il y eut 500 cas de fièvre typhoïde relevés sur le bulletin officiel. De ces 500 cas, 178 se montrèrent en décembre seulement. Or, d'une enquête menée avec beaucoup de sagacité, l'auteur a pu démontrer que les cas se montraient simultanément et se produisaient chez les clients de tous les dépôts de lait de la ville et dans certaines maisons particulières s'approvisionnant directement à la ferme. Un cas de fièvre typhoïde se déclara à la ferme elle-même et deux autres cas apparurent peu de temps après au même point. Ces faits sont merveilleusement démontrés par une carte que l'auteur joint à ses travaux. Les conditions hygiéniques de la ferme sont aussi mauvaises que possible et le remplissage des boîtes de lait est fait dans l'atmosphère la plus abominablement impure. L'eau employée a été trouvée infectée par un égout et exposée aux souillures les plus grandes.

Le lait incriminé fut interdit et une eau de meilleur aloi le remplaça; dès ce moment là, il n'y eut plus de nouveau cas de fièvre typhoïde.

F. VERCHÈRE.

II. — Penkert relate une épidémie de fièvre typhoïde, survenue dans la station balnéaire de Lauchstaedt et due à la maladie de l'hôtelière, laquelle n'avait pas été déclarée par le médecin traitant. L'épidémie atteignit 51 personnes et fit 7 victimes.

La propagation s'est opérée par le lait. J. B.

I. — Zur elektrolytischen Bestimmung des Kupfers in Gemüsenconserven (**Détermination du cuivre dans les légumes conservés**), **par LŒBISCH et MALFATTI** (*Wien. med. Presse, n°* 16, *p.* 617, 1891).

II. — Studien über die hygienische Bedeutung des Kupfers, par S. MEYERHARDT (*Thèse Wurzburg* 1890 *et Hygienische Rundschau, I*, 354, 1er *mai* 1891).

I. — Pour déterminer les quantités de métaux contenus dans la cendre des légumes, on traite celle-ci par l'acide nitrique, puis par l'acide sulfurique, et, après dessiccation on dissout le résidu dans l'eau acidulée; c'est dans cette solution qu'on plonge les électrodes.

Or, quand le cuivre est absent de la solution, on voit se déposer sur la plaque de platine de l'aluminium et du fer. Quand le cuivre existe, il se mélange à ces métaux. Il faudra donc tenir compte de la nature complexe du dépôt quand on appréciera l'augmentation de poids de la plaque de platine résultant de l'électrolyse, et se garder d'attribuer cette augmentation au cuivre seul. On fera bien d'isoler le cuivre avant l'expérience. L. GALLIARD.

II. — Meyerhardt a administré à des chiens et à des lapins jusqu'à 26gr,7 de sulfate de cuivre, soit 5,5 de cuivre métallique par kilogramme du poids de l'animal, sans déterminer de phénomènes d'empoisonnement. Lui-même a également ingéré, dans l'espace de 80 jours, 1,100 grammes de cuivre métallique sans en ressentir de fâcheux effets. J. B.

Kritische und experimentelle Studien über die hygienische Bedeutung der Kupfers (Importance du cuivre en hygiène), par LEHMANN (*Münch. med. Woch., p.* 603 *et* 631, 1891).

L'emploi du cuivre dans le reverdissage modéré des légumes et dans la préparation du pain, ainsi que l'usage d'ustensiles de cuivre pour la cuisine n'amène pas d'intoxication aiguë ou chronique. L'hygiène doit cependant en proscrire l'emploi pour le reverdissage des légumes, parce que sans utilité au point de vue de la conservation et du goût, il peut devenir dangereux par sa trop grande quantité, qui ne doit pas dépasser 30 milligrammes par kilogramme. Il doit être proscrit dans le pain, parce qu'il peut permettre d'employer de la farine avariée et d'augmenter de 6 à 7 0/0 la quantité d'eau. C. LUZET.

I. — Reinigung von Schmutz-und Abwässern auf elektrischem Wege, par W. WEBSTER (*Journ. of the Soc. chem. Industry IX et Hygienische Rundschau, I,* 375, 15 *mai* 1891).

II. — Ueber Flussverunreinigung und die Reinigung der Abwässor durch Elektricität und andere Methode, par J.-C. BELL (*Ibidem, p.* 376).

I. — Le principe fondamental de la méthode de Webster pour épurer les eaux sales à l'aide de l'électricité, repose sur le pouvoir réducteur que possède l'oxyde de fer à l'égard des substances organiques. Au dire de Webster, le courant électrique permet la séparation non seulement des matières organiques en suspension, mais aussi celle des matières organiques dissoutes. Les eaux à épurer sont constamment pompées de leur réservoir dans un électrolyseur dont les électrodes négatives sont formées par des plaques de charbon, et les positives par des plaques de fonte ; les unes et les autres, au nombre de vingt-cinq, sont disposées parallèlement entre elles et perpendiculairement à la direction de l'eau. Ces électrodes sont mises en rapport avec les pôles correspondants d'une source d'électricité. Chaque électrode a 1 m. 83 de long sur 1 cent. 8 à 2 cent. 5 d'épaisseur. Les eaux parcourent le canal formé par les électrodes à la vitesse de 13,620 litres par heure. La différence de potentiel n'a pas besoin de dépasser 1 volt., 8. L'usine de Salford épure journellement 45,400 mètres cubes d'eau à l'aide de 400 chevaux-vapeur. Les électrodes durent plusieurs années. Après avoir subi l'action du courant électrique, les eaux se rassemblent dans des bassins de décantation.

Comme elles tiennent en suspension de l'hydrate d'oxyde de fer, elles ne sont pas tout à fait incolores ; pour les avoir parfaitement claires, il faut les filtrer.

H. Roscœ et A.-E. Fletscher ont constaté que l'électrolyse enlève de 60 à 80 0/0 de la substance organique. Le chiffre des germes par centimètre cube tombe de 5 millions à 600, mais dès le lendemain de l'épuration il est redevenu le même. Il en résulte que le courant électrique ne désinfecte pas en réalité les eaux chargées d'impuretés.

II. — Bell rapporte les résultats d'expériences officielles, portant sur différents systèmes d'épuration des eaux d'égout :

1° Le procédé électrique de Webster a fourni d'excellents résultats. Mais son action ne s'explique pas, comme le veut Webster, par la forma-

tion au pôle positif d'hypochlorite de fer qui serait immédiatement transformé par les matières organiques en chlorure, lequel donnerait, avec les substances alcalines mises en liberté au pôle négatif, un précipité d'hydroxydule de fer enrobant les matières en suspension et les entraînant au fond.

2° Système international ou de la polarite. Les eaux sont d'abord mises au contact du ferrozone, agent contenant des sulfates de fer et d'alumine, du charbon et des matières insolubles ; puis les eaux séjournent quatre heures dans des bassins de dépôt, d'où elles se rendent sur un filtre formé d'une couche de sable pur, surmontée par un mélange de sable et de polarite. La polarite se compose, pour plus de moitié, d'oxyde d'oxydule de fer ; pour un quart, d'acide salicylique ; et pour le reste, de magnésie, d'alumine, etc. Le filtre peut fonctionner trois ans ; il donne des résultats très supérieurs au filtre de sable pur. L'emploi combiné du ferrozone et de la polarite permet de précipiter plus de 80 0/0 des matières organiques. Enfin le système international a sur celui d'épuration par la chaux l'avantage de produire près de deux fois et demie moins de boues. J. B.

Beitrag zur sanitären Charakteristik der Zuckerfabriksabwrässer, par ILLING (*Das oesterreichische Sanitätswesen II et Hygienische Rundschau, I*, 372, 15 *mai* 1891).

L'importance sanitaire des résidus de la fabrication du sucre de betteraves est due, d'une part, à leur volume, d'autre part, à leurs propriétés chimiques et physiques. Les résidus liquides d'une sucrerie de moyenne importance forment une masse égale au volume des eaux d'égout d'une cité de 20,000 âmes ; une fabrique de sucre travaillant journellement 4,000 quintaux de betteraves produit à peu près autant de matières organiques putrescibles qu'une ville de 50,000 habitants. Si l'on ajoute à cela que la plupart des liquides s'écoulent des sucreries à une très haute température, on comprend que leur déversement dans des cours d'eau peu profonds et à courant faible constitue, en outre du dommage apporté à la pisciculture, non seulement une incommodité, mais un véritable danger pour les riverains.

Parmi les diverses eaux de lavage des fabriques de sucre, les plus riches en matières putrescibles sont les eaux de la diffusion, celles de l'osmose et celles de la revivification du noir animal. On aura une idée de l'immense quantité des substances organiques qu'elles tiennent en dissolution quand on saura, par exemple, que la perte au rouge pour les eaux d'osmose peut atteindre 72.7 0/0, ou que, dans une autre usine, la perte au rouge de l'ensemble des eaux de lavage représente les 83.3 0/0 du résidu d'évaporation.

En ce qui regarde l'infection des cours d'eau, il y a à envisager en premier lieu la présence du sucre et des sulfates. Par leur présence, ils donnent lieu à la formation d'une algue sucrée, la *beggiota alba*, qui se décompose au fur et à mesure de sa formation en dégageant de l'hydrogène sulfuré et en produisant une vase très riche en soufre ; l'existence de cette algue est l'indice d'une eau absolument infecte et corrompue. Un deuxième inconvénient des résidus liquides des sucreries, c'est leur teneur en matières fermentescibles et putrescibles.

L'Oppa, qui a un faible débit, reçoit les eaux de quatre sucreries en

amont de Troppau, qui prend ses eaux potables dans cette rivière. Pendant la campagne sucrière de 1881-1882, ce petit cours d'eau reçut ainsi journellement 11,523 kilos de matières en suspension. Il en résulta une pollution telle que les filtres au sable de la municipalité de Troppau devinrent incapables de clarifier l'eau, qui restait trouble, avait une odeur repoussante et se putréfiait rapidement. Il en fut de même pour la nappe aquifère souterraine et pour les puits de maisons qu'elle alimentait.

Illing a fait des analyses des eaux qui ont servi au lavage des betteraves elles-mêmes. Il en ressort qu'elles ne sont pas aussi inoffensives qu'on le croit généralement. Bien qu'elles contiennent, pour la plus grosse part, des substances minérales provenant de la terre arable, elles renferment une proportion suffisante de substances organiques, dissoutes ou suspendues, pour éprouver rapidement une fermentation vive et prolongée, tout spécialement quand les betteraves ont été lavées avec de l'eau chaude.

Viennent immédiatement après, les eaux de condensation, dont l'importance résulte à la fois de leur masse énorme, de leur température (30 à 40°), ainsi que de leur teneur en ammoniaque et en substance réductible.

Les eaux de la revivification du charbon animal ont une composition qui varie avec le procédé employé. Lorsqu'on a eu recours à la fermentation, leur nature se rapproche de celle des eaux de l'osmose, et elles renferment, en grande abondance, non seulement des matières azotées et non azotées, mais aussi des substances minérales, de la chaux caustique, du chlorure de calcium, du phosphate de chaux, etc.

Les eaux de l'osmose représentent un extrait dilué de la betterave, au sein duquel ont passé l'immense majorité des éléments salins, une grande partie des éléments organiques non sucrés et une proportion considérable de substances hydrocarbonées, de dextrine, de gomme, etc. Elles sont les résidus liquides les plus riches en matières susceptibles de se décomposer et de se putréfier, et leurs inconvénients sanitaires sont accrus du double fait qu'elles sont produites en immense quantité et possèdent une température élevée.

Arrivent enfin les eaux de la diffusion et celles du pressurage, caractérisées par une teneur importante en matières suspendues et par une grande richesse en substances organiques dissoutes.

Illing insiste pour que les procédés de désinfection de ces différentes catégories de résidus liquides soient appropriés à leur nature ; pour qu'on ne laisse écouler ces eaux qu'à une température inférieure à celle à laquelle les fermentations sont encore possibles (+ 10° centigr.), et pour qu'elles soient complètement neutralisées. Il demande également que les bassins de clarification mécanique soient suffisamment vastes et aménagés pour que, sans interrompre les opérations industrielles, on puisse au fur et à mesure enlever les dépôts qui s'y forment. A l'égard des eaux de diffusion, de pressurage et de revivification, il réclame la désinfection chimique, dont la triple condition doit être que ces eaux s'écoulent parfaitement claires et neutres des réservoirs et ne renfermant plus de sels métalliques toxiques.

Quant aux eaux d'osmose, leur déversement dans les cours d'eau ne doit être accepté à aucun prix. Il faut ou les évaporer et leur faire subir

une élaboration ultérieure, ou les soumettre à l'épandage agricole. Pareil traitement devrait être imposé pour les résidus liquides du sucre retiré de la mélasse. J. B.

Bakteriologische Untersuchung der Freiburger Leitungswässer (Bactériologie des eaux potables de Fribourg en Brisgau), par **TILS** (*Zeitschr. f. Hyg.* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 209, 15 *mars* 1891).

Les espèces bactériennes les plus fréquentes dans les trois eaux amenées à Fribourg et communes à toutes trois sont: Microcc. candicans et versicolor; streptococc. albus; bacille blanc, gazogène, liquéfiant, radical, fluorescens liquefac. pyocyaneus et fluoresc. putridus.

L'eau du Schlossberg, qui est celle de la nappe souterraine captée en galeries, ne renferme en moyenne que 12 germes par centimètre cube. L'eau de Herder qui circule à ciel libre contenait souvent le staphylocoque pyogène doré. Comme bacilles anaérobies purs, Tils n'a trouvé que le muscoïdes; tous les autres, d'ailleurs pas très fréquents, étaient des anaérobies facultatifs.

Aux espèces aquatiques déjà connues, Tils en ajoute quatre nouvelles: b. tremelloïdes, cuticularis, filiformis et couleur de chair. J. B.

Beitrag zur Lehre von den Wasserbakterien, par **RUBNER** (*Archiv für Hygiene XI et Hygienische Rundschau*, *I*, 294, 15 *avril* 1891).

Rubner a fait ses expériences sur un puits, garanti contre toute pollution, et creusé, depuis quelques mois seulement, dans les caves de l'Institut d'hygiène de Marbourg. L'eau du puits se renouvelle peu; elle est assez pure; on n'y a pris que l'eau nécessaire aux expériences afin de laisser la nappe aqueuse au repos.

Rubner a constaté que dans cette eau stagnante, à une température de 9 à 11°,8 centigrades, le chiffre des germes restait peu élevé (800 à 1,000 par centimètre cube), n'augmentait pas à la longue, et que les bactéries appartenaient toujours aux mêmes espèces.

Pour savoir s'il s'agissait réellement d'un état stationnaire, ou, au contraire, d'une pullulation incessante contrebalancée par une mortalité et une précipitation continues des bactéries, il a d'abord dosé le chiffre des germes dans l'eau, puis il a suspendu dans le puits un ballon renfermant un échantillon de cette eau. Le résultat a toujours été une augmentation considérable des germes dans le ballon, augmentation maintes fois plus considérable même que celle constatée dans un ballon de contrôle gardé à la température relativement élevée du laboratoire; au contraire l'eau du puits même ne présentait aucune augmentation de ce genre. L'augmentation du nombre des germes dans le ballon atteignait son apogée au bout de peu de jours et dès lors rétrocédait. La teneur en gaz, peut-être différente, dans l'eau du ballon et dans celle du puits, n'expliquait pas cette différence. Quant à la précipitation des bactéries au fond du puits, elle ressort des expériences suivantes. Après agitation de la vase du puits, on trouvait d'abord par centimètre cube d'eau, près de 1 1/2 million de germes; au bout de 5 heures, il y en avait encore 180,000; au bout de deux jours 4,400, tandis qu'avant d'avoir remué le fond, on n'en avait trouvé que 1,620.

Rubner a également recherché l'influence de l'apport de matériaux

nourriciers qu'il introduisit dans l'eau du puits sous forme d'une solution étendue et stérilisée d'extrait de viande, avec toutes les précautions pour ne pas agiter la vase du fond. La quantité de matières organiques ainsi introduites était si peu considérable que la consommation d'oxygène ne fut accrue que de $1^{mm},86$ par litre; au bout de 4 jours, l'eau commençait à se troubler et à donner nettement la réaction de l'ammoniaque ; au bout de 9 jours, on constatait la présence, pour la première fois, d'acide nitreux (4 milligr., 10 par litre) et le chiffre des germes qui n'était encore que de 1,000 à 1,200 par centimètre cube, 24 heures après l'adjonction des matériaux nourriciers, était monté à plus de 50,000; au bout de 14 jours, il commença à rediminuer mais ne tomba pas au-dessous de 7,000 à 8,000. On voit en conséquence que des pollutions insignifiantes de puits peuvent entraîner un accroissement prolongé des chiffres des germes, accroissement qui n'apparaît qu'au bout de quelques jours.

J. B.

Ueber die Nutzbarmachung eisenhaltigen Grundwassers... (Moyen d'utiliser les eaux ferrugineuses de la nappe souterraine comme eaux potables), par C. PIEFKE (*Journ. f. Gasb. und Wasserv. et Hygienische Rundschau, I*, 416, 1er *juin* 1891).

La nappe aquifère du diluvium des plaines du nord de l'Allemagne renferme de l'acide carbonique libre et de l'oxydule de fer en dissolution.

Lorsque l'acide carbonique s'est dégagé, il y a précipitation d'un dépôt blanchâtre très fin de carbonate ferreux. Lorsqu'ensuite il y a accès de l'oxygène atmosphérique, il se produit des flocons bruns d'hydrate ferrique.

Quand on épure ces eaux, il faut tenir compte de ces deux métamorphoses chimiques. Le carbonate résultant de la soustraction d'acide carbonique doit être oxydé pour être facilement filtré. Le meilleur agent de cette oxydation est l'hydrate ferrique lui-même. Celui-ci se trouve ainsi réduit partiellement, mais, grâce à l'oxygène atmosphérique, sa réoxydation est rapide.

Piefke se sert d'un cylindre rempli de morceaux de coke, de la grosseur du poing. Il y fait arriver l'eau en jets fins répartis sur une vaste surface. Dès le premier jour, cette surface se recouvre d'une couche d'hydrate ferrique. Il y a alors une énergique transformation de l'oxydule en oxyde hydraté. L'eau, parsemée de flocons jaunes, tombe sur une couche de sable grossier qui retient l'ocre. Ensuite l'eau s'échappe claire avec une teneur de 1 à 2 dixièmes de milligramme d'oxydule de fer par litre ; cette petite quantité, tenue en dissolution, n'a pas d'inconvénients.

Un cylindre de 1 mètre carré de surface et de 1 mètre 1/2 à 2 mètres de hauteur dépouille environ 9 mètres cubes d'eau de son oxydule de fer par heure. La quantité de fer contenue dans l'eau a peu d'importance pour le rapide fonctionnement du filtre qui dépend du volume des grains de sable et de la grosseur des flocons; toutefois, la vitesse la plus habituellement convenable est celle de 500 à 1,000 millimètres par heure. (*R. S. M.*, XXXVIII, 114.) J. B.

I. — De la déclaration des maladies contagieuses, par DROUINEAU (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 322, *avril* 1891).

II. — Discussion de la Société de médecine publique (*Ibidem*, *mai*, *juin et juillet* 1891).

La Société de médecine publique a voté les résolutions suivantes :

1° La déclaration des affections transmissibles est obligatoire;

2° Cette déclaration doit être faite par le médecin aussitôt son diagnostic établi et, à défaut du médecin, par le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade;

3° Les maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire sont le choléra, la variole, la fièvre typhoïde, la dysenterie épidémique, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la suette, la coqueluche. Cette nomenclature pourra être modifiée par arrêté ministériel, suivant avis conforme du Comité d'hygiène et de l'Académie de médecine;

4° Elle doit s'appliquer indistinctement à tous les cas des affections ci-dessus désignées. (*R. S. M.*, XVII, 97; XXVII, 92, et XXXV, 109.) J. B.

Om desinfection efter... (De la désinfection après les maladies contagieuses), par R. WAWRINSKY (*Hygiea* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 354, 1er *mai* 1891).

Wawrinsky reste partisan de la désinfection des logements par l'acide sulfureux. Depuis 1883, il a pratiqué de cette façon 985 désinfections dans des familles de sa clientèle. Il ne s'y est remontré depuis lors aucun cas de typhus (53 désinfections), de variole (50 désinfections), ni de rougeole (31 désinfections).

Les 386 désinfections de logements faites pour diphtérie ont fourni 27 réapparitions de la maladie et les 419 pour scarlatine 9 récidives. Ce qui importe le plus dans la désinfection, ce n'est pas tant le procédé employé que la manière dont elle est effectuée.

Quant aux frictions de pain conseillées par Esmarch, Wawrinsky conteste que ce soit là un procédé à bon marché, simple et rapide. J. B.

Das Impfinstitut und die Fleischschau, par GOLTZ (*Arch. f. animal Nahrungsmittelk. et Hygienische Rundschau, I*, 354, 1er *mai* 1891).

Goltz critique l'habitude de la plupart des instituts vaccinaux d'abattre les veaux immédiatement après la récolte du vaccin, alors qu'ils ont encore une température généralement très supérieure à la normale, afin de les livrer à la consommation.

En maints endroits, les bouchers auraient déjà déclaré ne plus pouvoir fournir les veaux destinés à l'inoculation pour la redevance primitivement fixée, parce que leur viande ne se garde pas et trouve difficilement acheteurs.

Ce qu'il faudrait, c'est de n'abattre les veaux que lorsque leur température est redevenue normale, c'est-à-dire environ deux jours après la récolte, ou bien si ce n'est pas possible, ne livrer leur viande qu'à l'étal de basse boucherie. J. B.

I. — Untersuchung von Bodenluft in Dorpat... (Composition de l'air du sol à Dorpat), par Julius FREY (*Thèse inaug. Dorpat* 1890 *et Hygienische Rundschau, I,* 252, 1er *avril* 1891).

II. — Ueber das Verhalten der Bakterien im Boden Dorpats... (Les bactéries du sol à Dorpat), par Oscar EBERBACH (*Thèse inaug. Dorpat* 1890 *et Hygienische Rundschau, avril* 1891).

I. — L'oxygène diminue dans l'air du sol, au fur et à mesure de la profondeur. Les maxima d'humidité coïncident avec les grandes périodes de pluies. L'humidité est toujours plus considérable le soir. La nappe aqueuse souterraine subit des oscillations quotidiennes de plusieurs centimètres.

II. — Eberbach a pratiqué ses recherches sur un sol de Dorpat, aussi vierge que possible ; les échantillons de terre ont rarement été prélevés à une profondeur supérieure à $1^m,25$ vu la hauteur de la nappe d'eau souterraine.

Le chiffre des bactéries est très élevé à la surface du sol (en moyenne 525,000 par centimètre cube de terre). Le maximum de germes ne s'observe qu'à une profondeur de 20 ou 25 centimètres (dans 3 cas, 1 million). Le chiffre des germes décroît au fur et à mesure que la profondeur augmente. A 75 centimètres de profondeur, on observe une diminution brusque du nombre des germes.

Les oscillations même considérables de la température du sol n'exercent aucune influence sur le chiffre des bactéries. Quand la nappe d'eau souterraine baisse, le chiffre des bactéries, au lieu d'augmenter, diminue ; il augmente dans les conditions inverses. En deux points très voisins, situés à la même profondeur, on note de grandes différences dans le nombre des germes.

Eberbach a réussi à cultiver quatre espèces de microorganismes qui se retrouvaient constamment, aussi bien dans les couches superficielles que dans les couches plus profondes, qu'il s'agît de terreau, d'argile, de tourbe ou de sable ; il a obtenu aussi des cultures pures d'une cinquième espèce, plus rare, mais remarquable par sa couleur jaune d'œuf.

Ces cinq microorganismes sont : 1° le bacille à éclat nacré ; 2° le bacille radiciforme ; 3° le bacille radiciforme, jaune d'œuf ; 4° le bacille du foin ; 5° le bacille ressemblant à des gouttes de lait qui est identique au bacillus candicans de Frankland.

Pour rechercher les bacilles de la septicémie gangréneuse et du tétanos dans le sol, Eberbach a pratiqué 18 inoculations chez des animaux avec de la terre de jardin ; 4 rats et 2 souris ont succombé à un tétanos caractéristique.

J. B.

Die Abnahme der Lungenschwindsucht in England... (Diminution de la tuberculose pulmonaire en Angleterre, selon la profession et le sexe, depuis 30 ans), par D. SANDBERG (*Zeitschr. f. Hyg.* 1890 *et Hygienische Rundschau, I,* 210, 15 *mars* 1891).

Il résulte des chiffres suivants que la mortalité générale et la mortalité par tuberculose sont plus élevées dans les districts où l'industrie prédomine ; que depuis trente ans l'une et l'autre sont en diminution dans les districts industriels comme dans les agricoles ; que la mortalité tuberculeuse a

diminué davantage dans le sexe féminin, ce qui s'explique, pour Sandberg, par les habitudes et occupations plus sédentaires des femmes, qui ont ainsi davantage profité des améliorations apportées à l'hygiène des habitations.

DISTRICTS AGRICOLES.

	MORTALITÉ générale.	MORTALITÉ TUBERCULEUSE totale.	masculine.	féminine.
1858 à 1867....	201 sur 10,000 vivants.	24 sur 10,000 vivants.	20,9	25,3
1868 à 1877....	190 » » »	20 » » »	19	20,5
1878 à 1886....	181 » » »	17 » » »	15,8	16,5

DISTRICTS INDUSTRIELS.

	MORTALITÉ générale.	MORTALITÉ TUBERCULEUSE totale.	masculine.	féminine.
1858 à 1867....	242 sur 10,000 vivants.	27 » » »	24,3	27,5
1868 à 1877....	239 » » »	23 » » »	23	22 4
1878 à 1886....	209 » » »	19 » » »	19,1	17,9

J. B.

Ueber die Verbreitung der Tuberculose durch den Personenverkehr auf Eisenbahnen (Propagation de la tuberculose par les voyageurs des chemins de fer), par PRAUSNITZ (*Arch. f. Hyg.*, *XII*, *et Hygienische Rundschau*, *I*, 452, 15 *juin* 1891).

Prausnitz a recherché la présence du bacille tuberculeux dans les poussières des wagons circulant d'une façon continue entre Berlin et Méran, afin de vérifier si le nettoyage auquel ils sont soumis offre des garanties suffisantes. Il a fait ses expériences en novembre, époque où beaucoup de tuberculeux se rendent à Méran.

Avec les poussières provenant de dix coupés, il a pratiqué des inoculations intra-péritonéales sur 20 cobayes : 11 sont restés sains, 5 sont devenus tuberculeux et 4 ont péri d'autres affections. Il est à noter que tous les animaux infectés avaient été inoculés avec les poussières d'une seule et même voiture, celle qui faisait le trajet depuis le plus de temps. Prausnitz conclut que, d'une façon générale, on peut considérer comme suffisant le mode d'assainissement en usage pour ces wagons. J. B.

La maladie des trieurs de laine (charbon broncho-pulmonaire), par S. LODGE fils (*Arch. de méd. expér.*, *II*, *n°* 6, *p.* 759).

Maladie professionnelle redoutable, observée chez les ouvriers qui manipulent des laines infectées de virus charbonneux. Les spores sont entraînées avec les poussières par l'inspiration, et déterminent une affection broncho-pneumonique spécifique dont l'évolution est toujours aiguë et parfois foudroyante. Constriction thoracique, dyspnée, prostration, signes de pleurésie double et de broncho-pneumonie à foyers disséminés, expectoration rouillée ou brune et bacillifère, tendance rapide au collap-

sus, voilà les traits principaux de la maladie qui est presque constamment fatale. Le diagnostic est surtout fondé sur la notion professionnelle. La prophylaxie s'impose, désinfection des laines, ventilation, entraînement mécanique des poussières. GIRODE.

Ueber neuere sanitaere Einrichtungen in Rom, par BEHRING (*Hygienische Rundschau, I*, 405, 1er *juin* 1891).

Eaux potables. — La quantité d'eau consommée par jour et par habitant s'élève à 1,000 litres. La distribution est gratuite pour les trois eaux de sources de la municipalité (Vergine, Felice et Paola) dont les aqueducs remontent aux siècles passés. Seule, l'eau de Marcia se paye à raison de 6 centimes le mètre cube. C'est de l'eau de l'Anio prise près de Tivoli et purifiée par filtration dans le sol. Toutes ces eaux sont excellentes.

Bains. — Malgré ce luxe d'eau, l'usage des bains est peu répandu à Rome. Les bains publics font complètement défaut.

Égouts. — Dans l'état actuel, tous les égouts, au nombre de 13 sur la rive gauche et de 2 sur la rive droite du Tibre, se jettent directement dans ce fleuve, à l'intérieur même de Rome. Le plus considérable d'entre eux, la *cloaca maxima*, date de près de 2,500 ans, et, après avoir été réparé en 1870, il fonctionne aussi bien que dans l'antiquité. Rome n'étant pas une ville industrielle et ses égouts étant lavés par des torrents d'eau, il n'y a guère à craindre une infection du fleuve, comme on l'observe dans d'autres capitales. Néanmoins, on est en train de supprimer tous les égouts qui se rendent directement au Tibre à l'intérieur de la ville, et l'on construit trois collecteurs, l'un sur la rive droite, les deux autres sur la rive gauche, s'abouchant à 10 kilomètres en aval de Rome. La pente naturelle et la masse d'eau sont telles qu'il n'est pas besoin d'appareils de chasse. Le déversement direct des eaux d'égout dans le Tibre ne soulève d'ailleurs pas d'objections, parce qu'en aval de Rome il n'y a pas de centres de population. On a renoncé à épandre ces eaux sur les champs à cause de la fréquence de l'impaludisme dans la campagne romaine.

Ordures ménagères et boues. — A Rome, on ne paraît pas avoir éprouvé, pour se débarrasser des immondices, les mêmes difficultés que dans d'autres grandes villes ; cela tient à ce qu'à peu de distance il ne manque pas de terres incultes et inhabitées.

Abattoirs. — L'ancien abattoir, devenu insuffisant, était d'ailleurs très mal placé. Le nouveau, situé au Monte Testaccio, ainsi que le marché au bétail, ne laisse rien à désirer aux points de vue technique et sanitaire. L'inspection de la viande est exclusivement faite par des vétérinaires. Deux bâtiments spéciaux sont réservés aux malades qui viennent dans l'un prendre des bains de tripes (estomacs) encore chaudes, dans l'autre, boire du sang : il vient dans ce dernier, en moyenne, 500 jeunes filles par jour.

Ce travail donne des détails sur les logements ouvriers, les écoles, la polyclinique, etc.

L'Institut hygiénique est fréquenté obligatoirement, pendant un an, par tous les étudiants en médecine. J. B.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin (*XV Jahrgang für* 1888. *Berlin* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 440, 1er *juin* 1891).

Statistique berlinoise pour l'année 1888. Le chiffre des naissances s'est élevé à 25,786, dont 3,271 illégitimes, pour le sexe masculin, et à 24,010, dont 3,056 illégitimes, pour le sexe féminin. Depuis 1879, la natalité baisse constamment; elle est tombée de 5,79 à 4,39 pour 1,000 habitants. C'est le mois de janvier qui a compté le plus grand nombre de naissances. 48,673 étaient des accouchements simples ; 554 des accouchements gémellaires (dont 211 de 2 garçons, 183 des 2 sexes, et 160 de 2 filles); 5 des accouchements trigémellaires (dont 4 de 3 garçons et 1 de 1 garçon et de 2 filles). Les mort-nés sont au nombre de 1,001 pour les garçons (171 illégitimes) et de 755 pour les filles (146 illégitimes).

Le chiffre des décès (défalcation faite des mort-nés) s'est élevé à 15,513 pour le sexe masculin et à 13,771 pour le sexe féminin ; soit, en tout, une mortalité de 20,35 sur 1,000 habitants. Depuis 1883, la mortalité baisse constamment. Ce sont les mois de juillet à septembre et de janvier qui ont fourni le plus de décès. La phtisie pulmonaire constitue la cause de mort la plus commune (4,175) ; puis viennent la gastro-entérite (2,020), la pneumonie (1,949), la débilité congénitale (1,723). Ont été déclarés 5,875 cas de rougeole (192 décès), 3,950 cas de diphtérie (860 décès), 3,062 de scarlatine (144 décès), 960 de fièvre typhoïde (152 décès), 200 de fièvre puerpérale (78 décès) et 30 de variole (1 décès).

L'arrosage des rues a employé 719,494 mètres cubes d'eau. Les terrains d'irrigation aux eaux d'égout forment une surface de 4475h,78 sur laquelle ont été déversés 44,919,165 mètres cubes de ces eaux.

20,403 maisons berlinoises étaient reliées aux égouts.

La consommation totale d'eau s'est élevée à 31,620,750 mètres cubes.

Le nombre des becs de gaz était de 790,873.

Il a été abattu 141,192 bœufs, 113,046 veaux, 473,137 porcs et 329,646 moutons. Il a été introduit, en outre, 14k,42 de poissons par tête d'habitant. Il a été consommé, par habitant, 194l,24 de bière ; 15k,72 de spiritueux et vinaigre ; 8k,19 de vin ; 2k,89 de café, cacao et thé.

Les sociétés de secours mutuels comptaient 319,270 membres ; leurs dépenses pour médecins se sont élevées à 420,346 marcs. Il y avait 61 médecins de l'assistance publique. Les hôpitaux publics renfermaient 5,159 lits ; les asiles d'aliénés 1,792. 3,392 filles étaient sous la surveillance de la police des mœurs ; 1,025 ont été arrêtées comme suspectes de syphilis ; 11,472 pour racolage. L'hôpital de la Charité a reçu 1,577 prostituées syphilitiques, 49 galeuses et 352 admises sur leur demande.

J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité de médecine publié sous la direction de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD (*T. I, vol. de* 956 *p., Paris,* 1891).

L'histoire de la médecine offrira peu d'exemples d'une révolution aussi profonde que celle produite dans les sciences médicales par la doctrine microbienne. Les questions d'étiologie modifiées du tout au tout, le rang primordial attribué à l'élément contagieux, morbifique, sous la forme tangible du microbe; la thérapeutique, la prophylaxie trouvant un appui sérieux dans la découverte de la nature intime de la maladie, tout a été bouleversé dans une assez large mesure par ces découvertes dont la liste grandit chaque jour. Le travailleur a peine, au milieu de ce flot envahissant de documents, à se tenir au courant. Les ouvrages les plus récents de pathologie vieillissent en quelques années et du moment de la publication du premier fascicule au dernier, les remaniements, les additions seraient nécessaires.

Pour éviter, dans la mesure du possible, ces lacunes inévitables quand un ouvrage didactique est le fruit du travail d'un seul, les auteurs du *Traité de médecine* se sont assuré la collaboration d'un certain nombre de jeunes médecins, connus déjà par des travaux de valeur. La besogne ainsi partagée suivant la compétence de chacun, le traité sera publié en un court délai. L'unité de l'œuvre ne s'en ressent pas, et, sans viser à l'encyclopédie proprement dite, le traité promet d'exposer d'une façon complète l'état de la science sur tous les points de la pathologie.

Ce premier volume débute par une magistrale étude de Charrin sur la pathologie générale infectieuse. Il est difficile de résumer (bien que cette étude ne comporte pas moins de 250 pages in-4°) dans une forme plus précise et plus brillante les travaux modernes sur l'infection, les lésions microbiennes. L'auteur a rédigé là un véritable traité de pathologie générale en mettant bien en relief la part qui revient à l'École française dans cette transformation des doctrines relatives à la nature de la maladie. Voici les douze chapitres, que comporte ce remarquable travail :

1° Introduction historique à l'étude des maladies infectieuses ; 2° aperçu sur l'organisation des bactéries; 3° étiologie générale ; 4° domaine pathologique de la microbiologie ; 5° principaux symptômes des maladies infectieuses; 6° anatomie pathologique générale de l'infection; 7° gravité ou bénignité de l'infection. Marche des maladies microbiennes; 8° associations microbiennes, infections mixtes; 9° et 10° sécrétions microbiennes au point de vue physiologique et chimique ; 11° immunité ; 12° vaccins.

Le Gendre s'est chargé des troubles et maladies de la nutrition. Cette

partie, presque aussi étendue que la précédente, comprend l'étude sommaire de la nutrition à l'état physiologique, des modifications engendrées par la fièvre, les états pathologiques dans l'organisme tout entier et dans ses divers départements. L'étude de ces modifications le conduit comme conclusion à une classification nouvelle. Il range en effet, dans les maladies primitives de la nutrition, les dyscrasies acides (rachitisme, ostéomalacie), les dyscrasies lipogènes (séborrhées, obésité), la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète et les pseudo-diabètes, la goutte et le rhumatisme chronique.

Les maladies infectieuses, telles qu'on doit les comprendre actuellement, comprennent les affections communes aux animaux et à l'homme et celles personnelles à l'espèce humaine. Les premières ont été étudiées par Roger : ce sont le charbon, la rage, la morve et le farcin, la tuberculose, l'actinomycose. Les secondes sont décrites par Widal (grippe, dengue, paludisme, choléra, fièvre jaune, peste). Peut-être aurait-on pu annexer dans ce chapitre la diphtérie, que nous retrouverons dans un volume prochain.

La fièvre typhoïde forme un chapitre à part dû à la plume de Chantemesse, rédigé avec soin, fort étendu (100 pages), comprenant l'analyse des travaux les plus récents sur l'étiologie (eaux potables), la bactériologie et le traitement de cette affection.

L'œuvre entreprise par nos confrères, sous la direction d'un des plus distingués d'entre eux, Brissaud, est considérable. C'est, à mon avis, un traité plus fait pour les générations déjà éloignées des bancs de l'école, pour des médecins que pour de jeunes étudiants. Mais comme on passe vite de cette phase embryonnaire au doctorat, on peut dire qu'il est fait pour tous et que tous y trouveront l'exposé complet de la science médicale moderne, des conquêtes les plus nouvelles de la bactériologie aussi bien que des données de la clinique et des traditions des vieux maîtres ; ils verront que l'érudition des jeunes auteurs n'exclut pas la forme élégante et la précision et que la science française compte un bel et bon ouvrage de plus. A. CARTAZ.

Atlas of clinical medicine, par Byrom BRAMWELL (*In-4°, Edinburgh*, 1891).

Byrom Bramwell commence en ce moment un important ouvrage qui, dans la pensée de son auteur, doit correspondre, pour la clinique, à ce qu'a été, en France, pour l'anatomie pathologique, le célèbre atlas de Cruveilhier. Deux livraisons ont déjà paru et donnent l'idée de ce que sera l'ouvrage complet, si toutefois il est possible de mener à bonne fin une aussi considérable entreprise.

L'auteur procède par monographies succinctes, mais assez complètes, sur les maladies qu'il veut décrire. Une observation, autant que possible personnelle et originale, sert de point de départ à l'étude théorique de l'affection, qui est résumée, en quelques pages précises, d'après les travaux les plus récents. A ce résumé est joint une sorte de programme dans lequel sont exposés les desiderata de la question et les points qui ont besoin d'être spécialement élucidés dans l'étude de la maladie : c'est une méthode pratique et intelligente de conduire les investigations futures dans un sens utilement scientifique. Les types cliniques sont représentés dans d'admirables planches, les unes en noir, d'après des

photographies, les autres en couleur, avec le luxe de chromo-lithographie, auquel nous ont habitué les publications précédentes du même auteur.

Dans les deux livraisons déjà parues sont étudiées le myxœdème, le crétinisme sporadique, la lymphadénie on maladie de Hodgkin, enfin les mélanodermies ou maladie d'Addison. Jusqu'ici, on ne voit guère quel ordre général préside au choix de ces monographies, et il semble que l'auteur ait cherché de préférence les types cliniques peu connus et récemment étudiés. Mais chaque monographie par elle-même est fort intéressante et fait désirer vivement de voir s'achever rapidement ce bel atlas. H. R.

Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses, par P. BLOCQ et ONANOFF. (*In*-12. *Paris*, 1892.)

En rédigeant ce manuel, les auteurs se sont donné pour but de mettre entre les mains de l'étudiant un guide dans l'interprétation si délicate des maladies du système nerveux. Nulle étude ne présente, en effet, autant d'importance et n'est, en même temps, entourée de plus de difficultés. De tous les systèmes, l'appareil cérébro-nerveux est le plus complexe; il commande à tous les autres, tient sous la dépendance de son fonctionnement régulier la vie tout entière. Qu'une lésion survienne dans un département de ce vaste ensemble il faudra savoir élucider, par l'étude détaillée des symptômes, leur interprétation raisonnée, quelle est la maladie : que de causes d'erreur! C'est pour résoudre les difficultés du diagnostic que Blocq et Onanoff ont entrepris l'examen des troubles généraux ou localisés auxquels donne naissance telle ou telle lésion systématique.

Dans une première partie, ils étudient les signes *présents* au moment de l'examen, c'est-à-dire les signes directs (troubles de l'intelligence, de la sensibilité, de la motilité, les troubles réflexes); les signes indirects (troubles trophiques, signes généraux : fièvre, sécrétions, état de la circulation, de la respiration, etc.).

Une deuxième partie est consacrée aux signes commémoratifs, causes prédisposantes (hérédité, âge, sexe, profession, diathèses); causes déterminantes (infections, intoxications, traumatismes). Un grand nombre de figures et de schémas fort nets, quoique réduits, permettent de suivre les déductions de cet intéressant manuel. Ajoutons qu'une description minutieuse des méthodes d'examen, d'exploration (réflexes, champ visuel, atrophies, etc.) complète les descriptions. A. CARTAZ.

Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux. Manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par L. HIRT, traduit par M. JEANNE; préface et annotations, par X. FRANCOTTE (*Liège*, 1891).

Ce livre donne, sous une forme claire et concise, l'ensemble des notions actuelles sur l'ensemble des maladies nerveuses. Il débute par les maladies des enveloppes du cerveau et des nerfs craniens. L'étude des affections du cerveau comprend, d'une part, plusieurs chapitres de généralités; d'autre part, la description des différentes lésions de cet organe. Parmi ces dernières, la paralysie cérébrale infantile est traitée avec un soin

toutparticulier. Puis viennent les maladies des enveloppes de la moelle et des nerfs rachidiens. Les maladies de la moelle sont classées en lésions de la substance grise et de la substance blanche. Une catégorie spéciale est consacrée aux lésions de la moelle envisagées au point de vue de leur nature pathologique, avec une grande extension pour celles de ces lésions qui sont d'origine vasculaire.

La troisième division comprend les maladies générales du système nerveux sans lésions anatomiques connues et donne lieu au groupement suivant, auquel on ne peut refuser le mérite d'une réelle originalité : A. Névroses, qui d'habitude ne retentissent pas d'une façon sérieuse sur l'organisme en général (chorée, tétanie, paralysie agitante). — B. Névroses, qui d'habitude retentissent plus ou moins gravement sur l'organisme en général (neurasthénie, hystérie, épilepsie, hystéro-épilepsie, l'auteur traitant séparément l'hysteria minor et la grande hystérie).

La dernière section est consacrée aux maladies du système nerveux général présentant des lésions anatomiques connues. Parmi celles-ci, l'auteur range le tabes et la sclérose en plaques, rompant ainsi catégoriquement avec les anciens errements, tout à fait erronés d'ailleurs, qui consistent à ranger ces maladies parmi celles de la moelle.

La valeur pratique et l'intérêt du livre se trouvent encore augmentés par la présence de 179 figures intercalées dans le texte, et dont un grand nombre sont personnelles et inédites. PIERRE MARIE.

Zur Lehre von der Aphasie (Contribution à l'étude de l'aphasie), par K. ÇRAMER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., XXI*, 1, *p.* 141).

Un homme de 62 ans est frappé d'une attaque d'apoplexie, au sortir de laquelle il présente des troubles psychiques qui nécessitent son internement dans un asile d'aliénés. Là on constate, qu'indépendamment des troubles intellectuels, le malade présentait de la dureté de l'ouïe, à gauche; une parésie des branches moyenne et inférieure du facial, à droite et des troubles aphasiques. Le malade ne trouvait pas les mots, pour désigner un certain nombre d'objets; pour se faire comprendre il était obligé de se servir de circonlocutions. En outre, il ne saisissait pas le sens des mots qu'on prononçait devant lui, car il était dans l'impossibilité de les répéter d'une façon exacte. Enfin il pouvait bien lire les lettres des mots, considérées isolément, mais la lecture des mots entiers lui était chose impossible. En écrivant, il oubliait des lettres et des mots; d'autres étaient employés incorrectement. Il lui était impossible aussi d'exprimer par écrit les noms des objets qu'il ne pouvait pas désigner verbalement. Il écrivait incorrectement ce qu'on lui dictait; il copiait inexactement les textes qu'on lui donnait à transcrire. Il confondait les valeurs des pièces de monnaies. Il ne reconnaissait pas les photographies de personnes de son entourage.

A l'autopsie de cet homme, la moelle a été trouvée en état de parfaite intégrité. L'examen des organes intra-craniens a fait découvrir une pachyméningite, de l'œdème de la pie-mère, de l'athéromasie des artères, une atrophie kystique de la circonvolution frontale supérieure à gauche. A ce niveau, l'écorce grise se trouvait considérablement réduite; quant à la substance blanche, elle était envahie par une sclérose atrophique qui se poursuivait dans la seconde circonvolution frontale et dans le lobe angulaire. L'insula et la circonvolution de Broca étaient intacts. La portion de la couronne rayonnante, qui correspond à la circonvolution centrale antérieure, logeait un petit kyste un autre, de même dimension, siégeait dans la portion protubérantielle du is-

ceau pyramidal droit. Dépôts calcaires dans les parois artérielles; pas d'anévrismes miliaires. E. RICKLIN.

Ueber den Verlust des musikalischen Ansdrucksvermögens (Sur la perte de la capacité de l'expression musicale), par L. v. FRANKL-HOCHWART (*Deutsche Ztschft f. Nerven., I, 3, p.* 283).

Ce travail contient 6 observations d'aphasiques ayant perdu, à des degrés divers, leurs facultés musicales qui pour quelques-uns avaient été fort brillantes. L'auteur fait remarquer avec quelle variabilité se comportent ces facultés chez les aphasiques, tantôt elles sont conservées plus ou moins, tantôt tout à fait perdues. Pour donner une théorie de ces variations, il fait remarquer que les représentations musicales intérieures varient chez les individus. Chez les uns, les plus nombreux, la représentation musicale est liée à l'innervation du larynx et des lèvres; chez les autres, elle se fait d'une autre façon, par les muscles tenseurs du tympan ou par les doigts; il peut donc y avoir aussi, au point de vue pathologique, des différences non moins notables entre les individus.

PIERRE MARIE.

Paralysie conjuguée de la sixième paire, par BLOCQ et GUINON (*Arch. de méd. expér., vol. III, n° 1, p.* 74).

Chez un homme de 62 ans, atteint d'hémiplégie gauche sans participation de la face, on observe une paralysie de la 6e paire droite avec inaction conjuguée du droit interne gauche, qui se contracte cependant pour la convergence. Il existe de la diplopie, des vertiges, des sensations d'entraînement à gauche. A l'autopsie, tubercule de la protubérance, englobant le noyau de la 6e paire droite, comprimant la pyramide correspondante, mais ayant respecté les noyaux du facial. C'est un cas type de paralysie nucléaire de la 6e paire. L'inaction conjuguée du droit interne gauche suppose que le noyau de la 6e paire droite envoie un filet à ce dernier muscle : toutefois cette disposition anatomique, vérifiée chez certains animaux, reste hypothétique chez l'homme. GIRODE.

Polioencephalitis acuta superior, par SALOMONSOHN (*Deutsche med. Woch., n° 27, p.* 849, 1891).

Ce cas se distingue de ceux qu'on a publiés jusqu'ici, le malade ayant guéri. L'étiologie est obscure.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, non syphilitique qui, après quatre jours de malaise et de céphalalgie frontale, a des frissons et des vomissements et tombe dans un état de stupeur.

Apporté à l'hôpital le 16 février, il ne présente aucun symptôme paralytique; les pupilles réagissent, le pouls est lent. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas de raideur de la nuque.

Le 17, on voit se produire successivement, dans le courant de la journée, la paralysie des petits obliques, des droits externes, des droits internes, des releveurs palpébraux, des droits supérieurs. Réactions pupillaires encore normales.

Le 18, l'ophtalmoplégie externe n'est pas complète : les grands obliques sont indemnes, ainsi que les droits inférieurs, mais il y a ophtalmoplégie interne (le dilatateur des pupilles est seul respecté). Rien à l'ophtalmoscope. La stupeur persiste.

Le 19, abolition complète des réflexes rotuliens et crémastériens. Dans l'après-midi, le malade répond mieux aux questions qu'on lui pose.

Les jours suivants, disparition progressive des paralysies et diminution de la stupeur. Le pouls remonte de 48 à 72. Réaction vive des pupilles, réflexes normaux; appétit, augmentation de poids.

Le 7 mars, on cesse le traitement institué au début (frictions mercurielles, iodure de potassium). Le 14, le malade part guéri. L. GALLIARD.

De l'ophtalmoplégie externe combinée à la paralysie glossolabiolaryngée et à l'atrophie musculaire progressive, par G. GUINON et PARMENTIER (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, nos 5 et 6, 1890 ; nos 1, 2, 3, 4, 1891*).

L'ophtalmoplégie externe d'origine nucléaire est comparable à tous égards à la paralysie labio-glosso-laryngée; expression d'une altération systématique limitée des noyaux moteurs, elle mérite bien le nom de paralysie bulbaire supérieure proposé par Charcot, qui réserve à la paralysie labio-glosso-laryngée le nom de paralysie bulbaire inférieure.

Toute curable qu'elle soit dans certains cas, la paralysie double de la musculature extérieure de l'œil entraîne néanmoins un pronostic réservé que justifie la complication éventuelle de la paralysie labioglossolaryngée.

La *poliencéphalite* totale, produite par une altération de toute la colonne motrice bulbo-protubérantielle, débute ordinairement par la paralysie bulbaire supérieure, c'est-à-dire par l'ophtalmoplégie. Il est exceptionnel de voir cette dernière compliquer la paralysie bulbaire inférieure. De même que la paralysie labioglossolaryngée (poliencéphalite inférieure) vient parfois compliquer l'atrophie musculaire du type Duchenne (poliomyélite antérieure chronique), de même l'ophtalmoplégie externe (poliencéphalite supérieure) peut se combiner à une amyotrophie plus ou moins généralisée, à marche tantôt subaiguë, tantôt lente et progressive, donnant ainsi naissance à ce qu'on appelle la poliencéphalo-myélite.

L'absence de troubles de la sensibilité, de paralysie de la vessie ou du rectum, la perte des réflexes, la présence de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés ou en voie d'atrophie, les caractères, en un mot, de l'amyotrophie, joints au facies d'Hutchinson, permettent d'affirmer le diagnostic. L'absence de réaction de dégénérescence, plusieurs fois constatée, n'est pas faite pour écarter le diagnostic de lésion spinale et à plus forte raison pour admettre celui de névrites périphériques. L'amyotrophie se présente tantôt avec les caractères du type Duchenne-Aran, tantôt avec ceux du type clinique de la paralysie spinale antérieure subaiguë.

Quelle que soit la forme de poliencéphalo-myélite, subaiguë ou chronique, le début peut avoir lieu presque indifféremment par l'ophtalmoplégie ou par l'atrophie musculaire.

C'est une affection des plus graves qui entraîne la mort ou fait du malade un véritable infirme. Il n'existe jusqu'ici aucun cas de guérison définitive. Son étiologie ne peut être précisée. G. LYON.

Tuberculose de la région paracentrale. Fréquence et raisons anatomiques de cette localisation, par SOUQUES et J.-B. CHARCOT (*Bullet. de la Société anatomique, p. 274, mai 1891*).

Les auteurs ont eu l'occasion de faire, dans le service de Charcot,

l'autopsie d'un homme atteint de tuberculose pulmonaire remontant à au moins deux ans, chez lequel, depuis quinze mois, étaient survenus des accès d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, débutant par le membre inférieur gauche, tantôt restant limitée à ce membre, tantôt se généralisant à tout le côté gauche du corps et suivis de monoplégie crurale transitoire à l'origine, puis permanente (mais incomplète) vers la période ultime de la maladie. La lésion consistait en un tuberculome unique d'origine pie-mérienne, localisé au niveau de la région paracentrale de l'hémisphère droit.

A propos de ce cas, Souques et J.-B. Charcot passent en revue les faits antérieurement pubiés de lésions du lobe paracentral, soit de nature tuberculeuse, soit d'une autre nature et sont arrivés ainsi à rassembler un total de vingt-deux ans. Les conclusions que leur a suggérées l'étude de ces cas sont les suivantes :

La tuberculose méningo-cérébrale localisée siège plus souvent au niveau du centre des mouvements du membre inférieur qu'au niveau des centres moteurs du membre supérieur et de la face.

Les raisons probables de cette prédilection semblent tenir à la richesse vasculaire et au ralentissement relatif de la circulation en ce point. Ces deux conditions anatomiques favoriseraient l'apport et le dépôt du bacille tuberculeux, et partant sa germination au niveau de la région paracentrale.

Les auteurs terminent par quelques considérations intéressantes sur les indications de l'intervention chirurgicale suivant qu'il s'agit d'une tuberculose primitive du tissu cérébral ou secondaire à une lésion méningée. PIERRE MARIE.

Lésions de la région cérébrale moyenne, par B. SACHS (*Americ. j. of the med. sc., p.* 233, *mars* 1891).

La présence seule d'une paralysie du moto-oculaire commun avec l'ataxie et des vomissements indique l'existence d'un néoplasme au voisinage des tubercules quadrijumeaux. Le diagnostic de polio-encéphalite supérieure ne peut entrer en discussion à moins que celui de tumeur des tubercules quadrijumeaux ne soit positivement éliminé.

La paralysie d'un ou de plusieurs muscles, et non de tous les muscles enserrés par le nerf moto-oculaire, n'implique pas nécessairement une lésion des noyaux. Cela est particulièrement vrai pour la syphilis, dans laquelle une affection des racines nerveuses peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux donnés par une lésion des noyaux centraux.

Les mouvements ataxiques posthémiplégiques peuvent être dus à une lésion du pédoncule et probablement à une lésion d'un point des colonnes motrices. F. VERCHÈRE.

A case of sensory aphasia, word-blindness with hemianopsia, par W. OSLER (*Americ. j. of the med. sc., p.* 219, *mars* 1891).

John W..., âgé de 72 ans, fut pris tout d'un coup des accidents qui l'amènent à l'infirmerie de Philadelphie. Pendant qu'il dînait, dans un restaurant, il s'aperçut qu'il ne pouvait pas lire un journal; ce fut le premier symptôme. Dès ce moment, il oublie complètement le sens des mots, conservant l'intelligence des sons; et confondant les mots les uns avec les autres. Paraphasie.

Hémianopsie homonyme droite; pas de paralysie. Cet état persista pendant deux mois, puis graduellement disparurent la force musculaire et l'intelligence, Trente-six heures avant la mort survint de la paralysie du bras droit et de la jambe.

A l'autopsie, on trouve un foyer de ramollissement dans l'hémisphère gauche, occupant la partie supramarginale et inférieure du gyrus angulaire, la partie postérieure de la première et de la deuxième temporale et les deux circonvolutions, de la première temporale au lobe pariétal. Ramollissement complet de la substance blanche unissant ces circonvolutions au ventricule latéral. Au niveau du lobe occipital, les substances grise et blanche sont intactes.

Ceci démontre le rapport de la cécité verbale avec les lésions de la région pariéto-temporale, la coexistence de la paraphasie avec ces mêmes lésions, enfin la possibilité de l'hémianopsie par interruption des fibres optiques sans lésions du lobe occipital. F. VERCHÈRE.

Early diagnosis of some serious diseases of the nervous system, par E.-C. SEGUIN (*Boston med. and surg. Journal,* 25 *décembre* 1890, 5, 19, 26 *février* 1891).

L'auteur insiste sur la nécessité de faire le diagnostic des maladies nerveuses aussi près que possible de leur début ; et pour faciliter ce diagnostic aux praticiens, il rassemble les principaux éléments de diagnostic dans quelques-unes des maladies nerveuses les plus fréquentes : tabes, paralysie générale progressive, tumeurs cérébrales, mal de Pott; à cette dernière affection est consacré un assez grand nombre de pages.

PIERRE MARIE.

Giebt es central entstehende Schmerzen ? (Y a-t-il des douleurs d'origine centrale ?) par L. EDINGER (*Deutsche Zeits. für Nervenh., I, p.* 250).

Il s'agit d'un cas d'hémorragie dans le noyau externe de la couche optique et dans le pulvinar gauches, dont les symptômes ont consisté en une hyperesthésie et dans des douleurs terribles du côté opposé, et en outre en hémiathétose et hémianopsie. Il n'y avait qu'une très légère participation de la capsule interne; il existait une diminution des fibres dans le ruban de Reil du côté gauche. Dans la moelle se trouve une décoloration singulière, au niveau des cordons antéro-latéraux, qui dans la région cervicale est comprise entre la substance grise et le cordon de Goll.

L'auteur arrive à cette conclusion, que vraisemblablement l'hyperesthésie et les douleurs étaient produites par le contact direct de la voie sensitive capsulaire avec la lésion cérébrale. Il y a peu de faits analogues, surtout avec autopsie. PIERRE MARIE.

Syringomyélie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow, par JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expér., III,* 1, *p.* 90).

Une femme de 37 ans, souffrant d'attaques convulsives anciennes à caractère épileptique, avec adjonction de quelques symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, meurt à la suite d'une série d'attaques convulsives rappelant l'état de mal épileptique. A l'autopsie, syringomyélie cervico-dorsale remontant jusqu'au bulbe, et d'autre part, développement considérable des veines à la région supérieure de la moelle et dans la partie postérieure du cerveau, où existe une sorte d'angiome veineux.

Le syndrome de Basedow semble ici une association fortuite. Mais il est étrange qu'aucun phénomène clinique n'ait pu faire soupçonner cette lésion

syringomyélique si étendue : ceci montre combien le diagnostic peut être difficile, ou même empêché.

Il n'y avait pas trace d'une tumeur gliomateuse, mais seulement une paroi bien limitée offrant l'aspect de la sclérose névroglique. L'importance des lésions vasculaires permet de comprendre comment la thrombose, la stase veineuse, l'infiltration œdémateuse ont pu jouer un rôle important dans la formation de la cavité, dont la paroi scléreuse est un produit secondaire.

GIRODE.

Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von Poliomyelitis anterior chronica, par M. NONNE (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, I, p.* 136, 1891).

Femme de 56 ans, début en décembre 1886, par faiblesse dans l'épaule et le bras gauche, puis dans le bras droit et dans les jambes. Atrophie de différents muscles ne répondant à aucun type de localisation, surtout marquée au trapèze, au deltoïde, au long supinateur, à l'éminence thénar ; aux extrémités inférieures, limitée aux muscles de la cuisse ; diminution des réflexes rotuliens, pas de mouvements fibrillaires. En mars 1888, la faiblesse et l'atrophie avaient augmenté et gagné d'autres muscles, disparition des réflexes rotuliens ; il existe une certaine difficulté de la respiration ; pas de troubles objectifs de la sensibilité. Mort par pneumonie en juin 1888.

Autopsie : dans les muscles, lésions de l'atrophie dégénérative ; dans la moelle, lésions prononcées et indiscutables de la substance grise des cornes antérieures dont les grandes cellules ganglionnaires sont ou très diminuées de nombre, ou atrophiées ou en voie de disparition ; dégénération descendante des racines antérieures ; les branches nerveuses intra-musculaires sont plus altérées que les gros troncs nerveux. La substance blanche de la moelle n'est pas tout à fait intacte, il y a une certaine raréfaction des fibres dans les cordons latéraux et postérieurs.

L'auteur fait remarquer que c'est là un des rares cas de poliomyélite antérieure chronique qui ait été observé dans ces dernières années, et en fait le diagnostic avec les différentes affections avec lesquelles on aurait pu le confondre ; il insiste notamment sur le diagnostic avec la polynévrite et montre que dans son cas on retrouvait un certain nombre de modifications de l'excitabilité électrique considérées comme propres à la polynévrite. S'appuyant sur cette observation, Nonne cherche à donner une classification des différentes formes de poliomyélite antérieure chronique.

PIERRE MARIE.

Paraplégie flasque par compression de la moelle, par BABINSKI (*Arch. de méd., expér., III*, 2, *p.* 228).

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

1° Une compression de la moelle peut, sans produire de lésions appréciables de l'organe, donner lieu à une paraplégie très intense et même complète, susceptible de se prolonger plusieurs mois ;

2° Lorsque dans ces conditions la flaccidité ne peut être attribuée à une lésion occupant une partie de l'arc des réflexes tendineux, ni à la destruction d'une portion de la moelle dans toute sa longueur, il est permis de croire que la moelle n'est pas altérée, ou ne l'est que très légèrement ;

3° Il y a lieu d'admettre que cette variété de paraplégie, abstraction faite des circonstances extrinsèques, comporte un pronostic relativement bénin ;

4° Quand l'état général du malade ne s'y oppose pas, l'intervention chirurgicale semble particulièrement indiquée dans les cas de ce genre.

GIRODE.

I. — Méningite typhoïde par bacille d'Eberth, par FERNET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *juillet* 1891).

II. — Contribution au diagnostic de la forme méningée de la dothiénentérie infantile, par GEORGEVITCH (*Thèse de Paris*, 1891).

I. — Une femme de 29 ans est malade depuis quinze jours, avec fièvre, céphalalgie intense et tenace, tendance à la constipation, vomissements dans les quatre derniers jours, enfin léger délire. A son entrée à l'hôpital elle présentait une langue saburrale, avec odeur fétide de l'haleine, ventre plat, pas de taches rosées ; fièvre modérée ; pouls et respiration réguliers ; quelques jours après survinrent du strabisme léger, de l'exophtalmie, de la rétention d'urine, aggravation de la céphalalgie, enfin chute de la fièvre, avec accélération du pouls et état comateux. Mort au vingt-sixième jour de la maladie. A l'autopsie, une large plaque de Peyer boursouflée dans l'iléon. Liquide sous-arachnoïdien abondant et louche; la culture de ce liquide montra qu'il contenait uniquement le bacille d'Eberth.

II. — La fièvre typhoïde à forme ataxique peut, chez les enfants, simuler la méningite tuberculeuse, s'accompagner de convulsions, délire, paralysies oculaires; mais elle se différencie : 1° par la brièveté de la période prodromique, ou par l'absence de prodromes ; 2° par l'élévation de la température qui est continue ; 3° par la régularité du pouls ; 4° par l'hypertrophie de la rate.

H. L.

Sclérose totale des cordons de Goll et leptoméningite spinale chronique avec dégénérescence dans les fibres des racines antérieures et postérieures, par Fred. MOTT (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 36, *janvier* 1891).

Des observations rapportées dans cet article, on peut tirer ces conclusions : que les cordons de Goll peuvent être préposés à la conduction du sens musculaire, ou que les fibres de ces cordons ont quelques fonctions encore mal déterminées. L'absence de toute complication viscérale dans ces cas démontre que les cordons de Goll ne sont nullement conducteurs des sensations viscérales, comme le veut Tooth. Ces observations sont uniquement calquées sur celle de Vierordt : alcoolisme, douleurs des extrémités inférieures, aucun trouble de la sensibilité (sauf le sens musculaire), puis envahissement des extrémités supérieures et mort de tuberculose. Dans les deux observations aussi on trouve une destruction totale des cordons de Goll, excepté un petit nombre de fibres en arrière dans la région cervicale. Même absence de dégénérescence ailleurs dans la moelle.

L'absence de réflexe patellaire peut être attribuée à la dégénérescence des terminaisons des nerfs moteurs, s'expliquant par l'alcoolisme ou par la leptoméningite, ayant amené des troubles de nutrition dans les racines antérieures.

F. VERCHÈRE.

Ueber die Patellarsehnenreflexe bei Tabes dorsalis, par EICHHORST (*Wien. med. Presse*, *n°* 20, *p.* 777, 1891).

Il y a des cas d'ataxie locomotrice où, malgré l'intégrité de la région de Westphal (zones radiculaires postérieures à l'union du segment dorsal

et du segment lombaire de la moelle), le réflexe rotulien peut faire défaut.

Une femme de 54 ans, offrant les symptômes de l'hémorragie cérébrale, se signale par l'abolition bilatérale du réflexe rotulien. On admet donc chez elle, à côté de la lésion du cerveau, l'ataxie. Or, l'autopsie révèle l'intégrité absolue du tiers inférieur du segment dorsal et de la totalité du segment lombaire, tandis que la moelle cervicale et les deux tiers supérieurs de la moelle dorsale présentent les lésions caractéristiques du tabes.

L'auteur attribue cette anomalie apparente à la névrite parenchymateuse qui existe à un haut degré dans les deux nerfs cruraux.

L. GALLIARD.

Le vertige paralysant de 1888 à 1891, par GERLIER (*Revue médic. Suisse romande, XI*, 201 *et* 260, *avril et mai* 1891).

Gerlier, qui a décrit le premier ce curieux syndrome morbide (*R. S. M.*, XXXII, 129; XXXV, 171 et 522) en rapporte 11 nouveaux cas, entre autres ceux de deux bergers qui se sont succédé dans la même étable.

Il cite également plusieurs chats, familiers des étables, qui ont contracté la maladie. Au point de vue du traitement, le bromure de potassium ne lui a donné que de mauvais résultats. Gerlier croit toujours à une névrose infectieuse à germe stabulaire. J. B.

A group of cases of system scleroses of the spinal cord..., par J. J. PUTNAM (*The Journal of nervous and mental disease, février* 1891).

Il s'agit de plusieurs cas dont quatre avec autopsie dont les symptômes consistèrent dans une altération des fonctions sensitives et motrices des quatre extrémités, à laquelle s'ajouta au bout de quelque temps un degré modéré et presque uniforme d'atrophie musculaire diffuse, et ordinairement une émaciation plus ou moins générale. Les altérations anatomiques consisteraient dans une sclérose diffuse des cordons postérieurs et des cordons latéraux, les cellules des cornes antérieures présenteraient aussi des traces de dégénération, dans certains points même elles auraient disparu. Il semble que dans les lésions décrites une certaine part revienne à des altérations cadavériques et à des fautes de technique. Au point de vue de l'étiologie, Putnam fait remarquer qu'il s'agit surtout de femmes d'un certain âge, débilitées soit par des diarrhées prolongées, soit par une attaque d'influenza, la prédisposition nerveuse pourrait avoir un certain rôle. Plusieurs figures montrent les dégénérations de la moelle. PIERRE MARIE.

Ueber Akinesia algera, par P.-J. MOEBIUS (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, I, p.* 121, 1891.

L'akinésie algère (de αλγηρος — douloureux) est le nom que Moebius propose de donner à un état qui consiste en une immobilisation voulue par suite des douleurs que produisent les mouvements, sans qu'on puisse saisir aucune raison à ces douleurs. Il s'agit de gens ayant une hérédité nerveuse, de « déséquilibrés ». Ces individus présentent en général les symptômes de la neurasthénie, très rarement, au contraire, ceux de l'hystérie. Cette affection peut guérir, mais elle peut aussi se compliquer d'une maladie mentale. L'auteur se demande s'il s'agit là de psychose,

d'hypocondrie, de neurasthénie ou d'hystérie, et se livre sur ce sujet à des considérations générales à propos de ces diverses maladies. Il rappelle que sous le nom d'*atrémie* Neftel a, en 1883, décrit un état analogue. Les quatre observations de son travail sont fort semblables aux deux que publie Moebius. La seule différence entre l'atrémie et l'akinésie algère est que, dans la première, les mouvements sont possibles, énergiques même, et non douloureux, dans la position couchée. Le meilleur traitement serait peut-être de n'en pas faire. PIERRE MARIE.

Mouvements associés dans la paralysie faciale, par Ch. ACHARD (*Gaz. des hôp.*, *n°* 62, *p.* 573, 1891).

Un homme de 45 ans reçut, il a dix ans, un coup de pied de cheval sur le visage; il en résulta de larges plaies, longues à guérir, et une paralysie du nerf facial portant surtout sur la partie inférieure du masque. Cette paralysie se traduit encore aujourd'hui par une déformation très accentuée de la face, même à l'état de repos. De plus, si le malade se met à parler, s'il veut rire, les yeux se ferment aussitôt et restent fermés tant que les lèvres se contractent. Par une bizarrerie difficilement explicable, le malade peut lire à haute voix sans fermer les yeux.

Les autres mouvements qui ne sont pas sous la dépendance du facial (mastication, projection de la langue en avant) ne déterminent pas l'occlusion de l'orbiculaire palpébral.

Réciproquement si le malade veut fermer les yeux il y a une contraction de la joue paralysée. Il ne peut froncer les sourcils sans fermer les yeux.

Les mouvements associés, très intenses dans ce cas, semblent dus aux impulsions excessives qu'émettent les noyaux d'origine du nerf paralysé, en vertu de cette faculté que possède notre système nerveux de proportionner ses excitations à la résistance que rencontrent sur leur trajet les impulsions motrices. Cette excitation forte est incapable de produire un effet précis, car elle ne se localise pas avec une exactitude suffisante à un petit groupe de cellules motrices, mais diffuse facilement dans les groupes voisins, d'où les mouvements surajoutés. LEFLAIVE.

Ueber sensible und vaso-motorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung, par FRANKL-HOCHWART (*Soc des méd. de Vienne*, 17 *avril* 1891).

Sur 20 cas d'hémiplégie faciale rhumatismale, l'auteur a constaté 3 fois des troubles sensitifs et vaso-moteurs, 5 fois les premiers isolément, 2 fois les derniers seuls.

La sensibilité n'était que faiblement atteinte, avec ou sans participation de la muqueuse de la langue et des joues; parfois le goût était atteint. Ces phénomènes accessoires disparaissaient avant la paralysie.

L'auteur admet que le nerf facial contient chez l'homme des filets sensitifs et vaso-moteurs. La chose est connue depuis longtemps chez les animaux. L. GALLIARD.

Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (monospasme facial), par BALLET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *juillet* 1891).

Il s'agit d'une fille, grande hystérique, qui, en sus des attaques classiques, présentait des crises limitées. Il suffisait de frotter une zone hystérogène sous le sein droit, ou sur le sommet de la tête, pour voir aussitôt le sterno mastoïdien droit et le trapèze gauche entrer en convulsion, la tête s'incliner

à gauche, la bave venir à la bouche, tandis que les muscles de la face à gauche (ceux innervés par le facial inférieur) se mettaient à grimacer. L'attaque pouvait se borner à cette phase épileptoïde, ce qui donne l'idée d'une crise d'épilepsie jacksonienne; parfois, il y avait des séries de crises limitées ; mais il n'y a jamais d'hyperthermie en cas d'hystérie; la paralysie temporaire fréquente après l'épilepsie jacksonienne est rare dans l'épilepsie partielle hystérique. La connaissance peut être gardée. H. LEROUX.

Case of rheumatic multiple neuritis, par GORDINIER (*N. York med. journ.*, *p.* 128, 1er *août* 1891).

Homme de 31 ans, non alcoolique, non syphilitique, ayant eu plusieurs attaques de rhumatisme. Le 27 novembre 1888, rhumatisme aigu intéressant les articulations tibio-tarsiennes, puis le coude gauche, les épaules; peu après, douleur à la région du cœur et dyspnée.

Depuis ce moment, douleurs vives des extrémités empêchant le sommeil, affaiblissement, émaciation considérable.

Le 1er mars 1889, l'auteur constate l'atrophie des muscles des extrémités supérieures et inférieures, avec perturbation des réactions galvaniques et faradiques. Perte du sens musculaire partielle. Anesthésie dans le domaine des nerfs cubitaux. Absence de réflexes rotuliens. Pas de désordres vésico-rectaux. Dyspnée. Signes de rétrécissement mitral et de rétrécissement aortique.

Pas d'altération de la moelle au microscope; rien dans les cornes antérieures, rien dans les racines.

Les nerfs cruraux antérieurs et cubitaux offrent de la névrite interstitielle et aussi de la dégénérescence parenchymateuse; le cylindre-axe est remplacé par une substance granuleuse; la myéline est gonflée ou segmentée. L. GALLIARD.

Paralysie motrice complète de tous les muscles de la main et de l'avant-bras, partielle des muscles et de l'épaule, d'origine traumatique, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *juillet* 1891).

Un homme de 36 ans avait eu l'épaule serrée entre deux limons de charrette ; trois heures après, fourmillements dans les doigts ; le soir, il ne peut remuer le poignet. A son entrée à l'hôpital, douze jours après l'accident, on constate l'attitude des sujets atteints de paralysie radiale ; mais, ici, tous les mouvements de l'avant-bras sans exception sont abolis ; fléchisseurs comme extenseurs sont paralysés ; ainsi que le long supinateur, le biceps et le triceps ont perdu beaucoup de leur force ; le malade a une certaine peine à porter le bras en arrière. Pas d'atrophie apparente. Sensibilité intacte dans toutes ses modalités. Contractilité faradique conservée, un peu diminuée, ainsi que la galvanique; mais la forme de la contraction n'est pas normale, et est moins instantanée qu'à l'état physiologique, et ce dans tous les muscles du membre supérieur, qu'ils soient ou non paralysés :

Quelques semaines après, la contractilité avait manifestement diminué au niveau des muscles de l'éminence thénar.

Rendu discute la signification de cette paralysie, et admet comme probable l'hypothèse d'une névrite du plexus brachial par contusion directe.

H. L.

Deux cas d'hyperkinésie du nerf spinal, par DU CAZAL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *juin* 1891).

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 39 ans, ayant eu quelques manifestations nerveuses antérieurement; il présentait un spasme du cou

qui débutait par des mouvements saccadés de la tête, obliques de gauche à droite, et de haut en bas, répondant à des convulsions cloniques du sterno-mastoïdien gauche, puis la tête se fixait sur l'épaule droite, le muscle était en état de convulsion tonique, et une douleur vive apparaissait. Au bout de quelques secondes la contraction cessait, la tête revenait en place. Puis bientôt le cycle recommençait. Il existe en même temps quelques mouvements spasmodiques des bras.

Dans le second cas, le torticolis spasmodique durait depuis plusieurs mois ; la tête était penchée en arrière, et, à chaque instant, entraînée brusquemement à gauche; le sterno-mastoïdien droit est très dur, le gauche mou, mais de volume normal. Le traitement par l'électricité statique a échoué chez le premier malade, et n'a donné chez le second qu'une amélioration passagère.

Dans la discussion qui suit la présentation de ces malades, Ballet, Rendu et Raymond résument quelques observations personnelles et admettent que ces spasmes fonctionnels sont des hyperkinésies à point de départ central, résultant quelquefois de l'exercice immodéré de certains groupes musculaires, mais exigeant le concours d'une prédisposition nerveuse, le plus souvent congénitale. H. LEROUX.

Hemiatrophia facialis progressiva, par NOTHNAGEL (*Soc. des méd. de Vienne, 9 janvier* 1891).

Femme de 22 ans, souffrant depuis l'été de 1888 d'une névralgie trifaciale. Depuis 1889 la face s'est atrophiée du même côté, à gauche. Actuellement on constate l'atrophie de la peau, des muscles et des os du côté gauche, de la moitié gauche de la langue et du voile du palais. Les fonctions du nerf facial sont intactes; l'excitabilité électrique est égale des deux côtés; les sens spéciaux ne sont pas atteints. Il n'y a pas d'anesthésie à gauche, au contraire, un peu d'hyperesthésie et d'hyperalgésie. L. GALLIARD.

Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber, par CHARCOT (*Arch. de neurol., mai* 1891).

Chez la jeune fille qui fait l'objet de cette leçon, on aurait pu se croire en présence du syndrome de Weber, c'est-à-dire d'une paralysie alterne de l'oculo-moteur commun d'un côté, et des membres, du facial et de l'hypoglosse de l'autre côté, due à une lésion de la partie inférieure et interne du pédoncule cérébral. Charcot déclare que c'est le premier cas de ce genre qu'il observe et qu'il n'a pas entendu parler d'un autre analogue jusqu'à ce jour, car l'hystérie est seule en cause. Chez cette jeune fille, il se produisit d'abord insensiblement de l'hémiparésie du côté droit, coïncidant avec de l'hyperesthésie de la même région, puis de l'impotence complète du côté droit avec nécessité de rester au lit. Après dix mois, la malade quitte le lit, mais traîne encore la jambe; elle a de l'anesthésie unilatérale; puis l'hémiplégie disparaît et il ne reste que l'hémianesthésie. Il existe également du ptosis de la paupière gauche, qui existait déjà avant l'hémiplégie. Malgré ces signes, on peut affirmer qu'on est en présence de phénomènes hystériques. Il n'y a pas eu d'attaques franches, mais divers stigmates de la névrose; père alcoolique, ce qui justifierait l'hystérie chez la malade; caractères spéciaux de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie d'origine hysterique; enfin le ptosis s'accompagne d'abaissement du sourcil correspondant, ce qui en fait un phénomène spasmodique et non paralytique. Dans ce cas, le diagnostic a une grande importance, puisqu'on peut affirmer la guérison et instituer un traitement en conséquence.

DESCOURTIS.

De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, par G. GUINON et S. WOLTKE (*Arch. de neurol., mai* 1891).

G. Guinon et S. Woltke ont fait différentes expériences sur des hystériques, et il en résulte que dans le délire de la phase passionnelle de l'attaque on peut modifier la marche des hallucinations et en créer de nouvelles à l'aide d'excitations diverses, mais toujours simples, des organes des sens. Ces hallucinations sont toujours indépendantes de la volonté de l'opérateur et laissées exclusivement à l'initiative du malade, qui s'approprie la sensation perçue et la transforme à son gré en une hallucination correspondant à son genre de vie, à ses habitudes, à ses souvenirs, en un mot, à sa propre personnalité. DESCOURTIS.

Hystérie rabiforme après morsure par un chien enragé et le traitement Pasteur, par GRASSET (*Semaine méd., 22 juillet* 1891).

Homme de 43 ans, d'excellente santé, mordu par un chien à la main gauche le 28 mars. Dans la nuit, excitation génésique, état de mélancolie. Le 2 avril, le malade apprend que le chien était enragé (fait vérifié par les inoculations du bulbe). Il est pris d'anxiété, de tremblements, qui ne cessent pas, malgré une cautérisation. Il part pour Paris le 5 avril et est soumis au traitement de l'Institut Pasteur. Pendant toute la durée, même état d'inquiétude, excitation génesique. A la fin, période de calme qui dure dix jours.

Le 2 mai, le malade est de nouveau anxieux, agité, et le 13 mai éclate une crise hystériforme, suivie de plusieurs autres; satyriasis effréné, anxiété précordiale, horreur des liquides, impossibilité d'avaler. Cette phase se calme sous l'influence du chloral, des bromures.

Survient alors un état nerveux constitué par de la mélancolie, des douleurs vagues, puis retour des crises hystériformes.

A cette époque, 23 juin, le malade entre en traitement dans le service de Grasset; son état s'améliore peu à peu.

L'auteur considère ces accès comme de nature hystérique, la névrose ayant été créée par la lésion rabique. A. C.

Sur la dissociation de la motilité chez un malade dégénéré hystérique, par RAYMOND et KŒNIG (*Soc. méd. des hôpitaux, 26 juin* 1891).

Chez un homme de 28 ans, présentant des stigmates hystériques manifestes, anesthésie sensitivo-sensorielle, abolition du réflexe pharyngé, tremblement, etc.; Raymond observa que les mouvements réflexes des bras et de la tête s'exécutaient avec la plus grande facilité, que les mouvements ordonnés ne s'exécutaient que lentement, s'accompagnant de secousses musculaires. La parole, quand son attention est éveillée, est hésitante, ralentie, saccadée. Au repos, les globes oculaires sont dans l'abaissement, les paupières tombantes recouvrent la presque totalité du globe. Pas de strabisme, mais l'élévation, l'abaissement, les mouvements de latéralité sont abolis complètement; les paupières restent également immobiles. En laissant ensuite le malade au repos, les globes oculaires reprennent une partie de leur mobilité; les pupilles sont un peu dilatées et réagissent bien. Achromatopsie. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Le malade présente donc le syndrome connu sous le nom d'ophthalmoplégie externe, combiné avec la dissociation des mouvements volontaires et des mouvements réflexes, les premiers abolis, les seconds conservés. Raymond admet que ces phénomènes ont pour point de départ un trouble dans le fonctionnement des centres psycho-moteurs.

H. LEROUX.

Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, par P. OULMONT et TOUCHARD (*La Médecine moderne*, 12 *et* 19 *avril* 1891).

Les auteurs rapportent trois observations d'hystériques femmes présentant des troubles trophiques :

1° Hystéro-épilepsie avec hémiplégie, exagération des réflexes et épilepsie spinale, troubles vaso-moteurs, atrophie musculaire, déformation des articulations des doigts, ébranlement des ongles, eczéma.

2° Hémiplégie gauche d'origine hystérique avec hémianesthésie du même côté, eschare au sacrum.

3° Hystérie avec hémianesthésie gauche, sensitivo-sensorielle; ecchymoses spontanées sur les régions anesthésiques. GEORGES THIBIERGE.

Enorme sackartige Erweiterung des Œsophagus... (Dilatation sacciforme de l'œsophage dans un cas de vomissements hystériques durant sept ans), par LEICHTENSTERN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 489, 1891).

Il s'agit ici d'un rétrécissement spasmodique du cardia.

Fille de 19 ans, souffrant depuis sept années de vomissements incoercibles; on a diagnostiqué un rétrécissement du cardia, parce que la sonde rencontrait là un obstacle insurmontable. Le 6 octobre 1890, pneumonie du lobe inférieur gauche. On remarque que la malade a plutôt des régurgitations que des vomissements; mais elle vomit aussi des matières de provenance stomacale avec HCl libre.

L'auteur fait pénétrer une sonde rigide dans l'estomac sans difficulté. Quant à la sonde molle, il suffit de l'introduire à 15 ou 20 centimètres pour provoquer le rejet de liquides ou de bouillies épaisses.

Mort le 21 octobre.

Autopsie. La portion cervicale de l'œsophage est normale, tandis que la portion thoracique est dilatée en forme d'ampoule, cette dilatation cessant au voisinage du cardia. La plus grande largeur de l'ampoule est de 17 centimètres. Le cardia est contracté, présente un tissu musculaire épaissi, mais il n'y a pas de cicatrice, pas de rétrécissement fibreux. L. GALLIARD.

I. — Acromegaly, par J. S. BURY (*Brit. med., J., p.* 1179, 30 *mai* 1891).

II. — Acromegalie, Pachyacrie oder Ostitis? (Relation anatomique du cas, Hagner I), par J. ARNOLD (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., X*, 1.)

I. — Femme de 23 ans, souffrant de céphalées depuis trois ans et ayant perdu la vue quinze mois avant sa mort. On constate chez elle les caractères de l'acromégalie : proéminence des arcades orbitaires et des mâchoires, développement du nez, des lèvres, de la langue, des mains, des pieds et des doigts. Voix basse et sourde, parole lente : corps thyroïde anormalement saillant. Scoliose et cyphose des vertèbres dorsales supérieures. Organes des sens intacts, sauf la vue : cécité de l'œil gauche, hémianopsie de l'œil droit. Glycosurie. Mort dans le coma.

A l'autopsie, on trouve un gliome de la base du cerveau, ayant creusé la selle turcique et s'étendant depuis le chiasma jusqu'au cervelet. Le corps thyroïde était kystique. Le thymus persistait sous forme de masses stéatosées.

Bury insiste sur la disparition de la portion active du corps thyroïde dans l'acromégalie aussi bien que chez les crétins, et sur l'hypertrophie des néoplasmes du corps pituitaire qui ont déjà été signalés dans certains cas d'acromégalie. H. R.

II. — C'est la relation très détaillée de l'autopsie d'un des malades dont Friedreich (*Virch. Arch.*, XLIII, 1868) a donné la description sous le nom d'hyperostose de tout le squelette, qui vint mourir dans le service d'Arnold. L'auteur donne une série de minutieuses mensurations de tous les os du squelette. Il étudie ensuite les autres organes et systèmes. Signalons l'absence de lésions du corps thyroïde et du corps pituitaire et l'existence de lésions de névrite périphérique.

De même que dans l'acromégalie, il n'y a pas d'accroissement des os en longueur; l'accroissement de la taille est dû à l'hypertrophie des parties molles et à l'hyperostose des petits os des extrémités, dont on devrait toujours tenir compte dans les mensurations faites chez ces malades. L'hypertrophie osseuse ne diffère pas de celle qu'on note dans l'acromégalie. Il n'existait pas chez Hagner I d'hypertrophie des phalangettes, comme dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Marie, on peut d'ailleurs éliminer cette affection chez les frères Hagner, où la lésion osseuse débuta vers dix-sept ou dix-huit ans en pleine santé de l'appareil respiratoire. Les articulations n'avaient pour la plupart qu'un léger degré d'arthrite déformante; mais dans les articulations tarso-métatarsiennes, carpiennes, sacro-iliaques et tibio-péronières, on pouvait noter des synostoses, comme dans un cas de Marie, étudié par Broca. Lésions classiques de la colonne vertébrale.

Arnold ne pense pas que l'absence d'hypertrophie du maxillaire inférieur soit une preuve contre l'acromégalie; car il est possible que ces modifications tiennent à une hypertrophie de la langue. De même, le rôle de l'atrophie du corps thyroïde et de l'hypertrophie de l'hypophyse et du thymus n'est pas suffisamment prouvé pour que, manquant chez Hagner I, elles puissent être invoquées contre l'acromégalie. Les lésions du tissu cellulaire sous-cutané et celles des nerfs correspondaient à celles de l'acromégalie. On ne peut rien tirer des déformations des ongles.

C. LUZET.

I. — Symptome der Tetanie, par SCHLESINGER (*Zeitsch. für klin. Medicin, XIX, p.* 469).

II. — Verhaltén der sensiblen Nerven, des Hörnerven... (État des nerfs sensitifs, du nerf auditif, de la conductibilité de la peau dans la tétanie), par CHVOSTEK (*Ibidem, XIX p.* 488.)

I. — Schlesinger, étudiant les principaux symptômes attribués à la tétanie, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le symptôme dit du nerf facial peut dépendre soit d'une surexcitation nerveuse générale, tétanie, hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, chlorose, tuberculose, soit d'une lésion locale du nerf, paralysie, névrite. La fréquence de ce symptôme chez les tuberculeux est particulièrement remarquable. Il s'observe à tous les âges, mais est rare avant huit ans et dans la vieillesse. Il s'observe même chez des sujets sains.

2° L'excitabilité mécanique des nerfs moteurs peut se rencontrer chez des individus ne souffrant pas de tétanie. L'excitabilité mécanique des nerfs sensitifs est chez eux beaucoup plus rare.

3° Le symptôme de Trousseau n'existe que dans la tétanie. Chez l'enfant au moment où les contractures cessent, on observe fréquemment des mouvements athétosiques des doigts.

4° Certaines formes localisées et chroniques de tétanie amènent rarement des contractures spontanées. Il existerait même des formes absolument latentes persistant longtemps sans contractures spontanées, mais offrant le symptôme de Trousseau.

5° Il existe, par contre, des états tétanoïdes où se rencontrent, à l'exception du symptôme de Trousseau, tous ou presque tous les autres symptômes de la tétanie.

II. — *Nerfs sensitifs.* — L'excitabilité mécanique et galvanique des nerfs sensitifs est, dans la tétanie, augmentée comme l'est celle des nerfs moteurs.

A. L'excitabilité mécanique est, en général, pendant l'accès de contracture, augmentée sur tous les nerfs. Il est plus rare de voir cette augmentation évidente seulement sur les nerfs des extrémités contracturées. Ce symptôme est, comme tous ceux de la tétanie, assez variable et surtout très fugace. Il disparaît souvent avec une rapidité extrême sitôt l'accès de contracture terminé. Il cesse d'abord au niveau des nerfs sensitifs de la tête. Assez souvent il disparaît plus vite dans une moitié du corps que dans la moitié opposée. Cette persistance unilatérale n'est pas en corrélation avec la persistance ou la prédominance unilatérale des autres symptômes.

B. L'augmentation de l'excitabilité galvanique est rendue évidente : 1° par la faiblesse des courants qui déterminent des impressions sensitives ; 2° par le peu d'intervalle, parfois l'absence d'intervalle entre les impressions sensitives locales et irradiées. — Ce symptôme se rapproche par un point de l'augmentation d'excitabilité des nerfs moteurs. Il peut persister après que tous les autres symptômes ont disparu.

Nerf auditif. — Chez le sujet sain, le nerf auditif ne réagit que rarement sous l'influence d'un courant galvanique faible. Dans la tétanie la réaction s'obtient avec un courant très faible. Cette augmentation de l'excitabilité du nerf auditif suit une marche parallèle aux autres symptômes ; elle peut disparaître et reparaître avec eux. Comme pour les nerfs moteurs et sensitifs, il s'agit d'une simple hyperesthésie électrique. On ne peut supposer ici aucune des conditions qui amèneraient une augmentation de l'excitabilité par suite d'une augmentation préalable de la conductibilité électrique du nerf.

Conductibilité électrique de la peau. — Cette conductibilité ne semble pas modifiée dans la tétanie. A.-F. PLICQUE.

Dystrophia muscularis progressiva (Myopathie primitive progressive), par W. ERB (*Deutsche Ztschft f. Nervenheilk.*, *I*, 1891).

Monographie de 170 pages dans laquelle l'auteur trace une revue générale de cette maladie, dont la description de l'une des formes lui appartient. Après quelques pages consacrées à l'historique, il donne un résumé des différentes observations de cette maladie, publiées jusqu'ici; leur nombre pour la partie clinique n'est pas moindre de 89. — Nous ne pouvons donner une analyse détaillée de toutes ces formes dans lesquelles les transitions sont extrêmement fréquentes, qu'il suffise de reproduire le tableau qu'en dresse Erb lui-même :

I. Dystrophia musculorum progressiva infantum : 1° forme hypertrophique ; *a*, avec pseudo-hypertrophie ; *b*, avec hypertrophie vraie.

2° Forme atrophique : *a*, avec participation primitive de la face (forme infantile de Duchenne); *b*, sans participation de la face (forme atrophique simple).

II. Dystrophia musculorum progressiva juvenum et adultorum (forme juvénile).

Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique contient un exposé très complet de cette question; l'auteur conclut que toutes les formes d'atrophie musculaire dans la myopathie progressive primitive, sont analogues entre elles au point de vue anatomo-pathologique comme elles le sont au point de vue clinique. La description des lésions est facilitée par les planches qui terminent ce travail. PIERRE MARIE.

Weiterer Beitrag zur Lehre von der progressiven neurotischen Muskelatrophie, par J. HOFFMANN (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, I, p.* 91, 1891).

Dans ce nouveau travail, Hoffmann met cette question au courant des nouvelles publications y ayant trait d'une façon plus ou moins directe; d'après ce qu'il a observé, et en s'appuyant sur un cas de Dubreuilh, il est d'avis que dans cette affection la face peut être prise. Il pense que les lésions, tout en étant certaines sur les nerfs périphériques, pourraient bien exister aussi dans le système nerveux central, et propose l'épithète de *neurale* au lieu de *neurotique*. Il admet la nature héréditaire de la maladie. — Pour moi, il est vraisemblable actuellement qu'il s'agit là d'une affection qui n'est pas une, mais qui réunit sous des aspects cliniques fort analogues certaines intoxications; ainsi s'expliquerait aisément le caractère familial; quant à l'hérédité elle-même, je ne crois pas qu'elle existe. PIERRE MARIE.

I. — Wesen und Zustandekommen der thermopalpatorischen Erscheinungen (Nature et production des phénomènes thermopalpatoires), par BENCZUR et JONAS (*D. Arch. f. klin. Med., XLVIII, p.* 578).

II. — Ueber die klinisch-praktische Verwerthbarkeit der Thermopalpation (De l'utilisation pratique en clinique de la thermopalpation), par HELLNER (*Ibidem, XLVIII, p.* 597).

I. — Les points du revêtement cutané ne sont pas à la même température. Si on refroidit la peau avec l'éther, on note que certains endroits se réchauffent plus vite que d'autres, c'est ce qui résulte des recherches de Kunkel. A l'aide d'un petit couple thermo-électrique et d'un galvanomètre très sensible, Benczur et Jonas ont constaté que des différences peuvent encore se reconnaître même sur la peau protégée. La température de la peau est influencée par les organes internes et non pas tant par leur température propre que par la quantité de sang qui les parcourt pendant l'unité de temps. Ce n'est donc pas la circulation de la peau qui en règle la température.

II.— Benczur et Jonas, ayant remarqué que les points mats paraissent plus froids à la main que les points sonores, eurent l'idée de faire des mensurations exactes, et le couple thermo-électrique constitue le moyen le plus sûr pour arriver à ce but. Mais on peut encore arriver à apprécier ces différences, qui ne sont pas moindres de 0°, 5 à 3° avec la main qui, si elle n'est pas froide, perçoit des différences de 0°, 25 à 0° 20. On

a ainsi un moyen pratique et rapide de s'assurer de ces différences. Les points mats sont plus froids que les points sonores dans le poumon; pour déterminer les limites de la matité, on passe lentement le doigt sans appuyer du centre à la périphérie et on marque au crayon le point où on perçoit une différence de température. Le cœur donne une sensation de froid, d'après Benczur et Jonas; mais d'après Hellner ce n'est pas un fait constant. Le foie donne également une sensation de froid, permettant de bien limiter la base du poumon. Mais on ne peut pas encore poser de lois pour les phénomènes perceptibles par la thermo-palpation. C. LUZET.

Pathogénie de quelques hémorragies bronchiques et gastriques observées dans le rétrécissement mitral, par RICHARDIÈRE (*La Médecine moderne, p.* 547, 23 *juillet* 1891).

Les hémorragies observées dans le rétrécissement mitral ne sont pas toujours liées à des troubles de la circulation générale. Les hémoptysies en particulier sont dues, dans un certain nombre de cas, à la tuberculose pulmonaire concomitante. La tuberculose pulmonaire, plus fréquente dans le rétrécissement mitral que dans les autres affections valvulaires, peut tenir à l'âge des sujets qui, généralement plus jeunes, trouvent à l'hôpital des conditions plus favorables à la contagion bacillaire. Les hématémèses du rétrécissement mitral peuvent tenir à des ulcères gastriques dont l'embolie explique le développement. GEORGES THIBIERGE.

Un cas de mort subite par rupture de varices du cœur, par JOURNIAC (*La Médecine moderne*, 5 *mars* 1891).

Homme de 55 ans, atteint d'idées de persécution avec hallucinations; mort subite en sortant de table. A l'autopsie, péricarde distendu par une grande quantité de sérum et un caillot sanguin pesant 225 grammes; sur le bord gauche du cœur, un peu au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, une tumeur du volume d'une petite noix, de couleur noirâtre, à surface lisse, faisant saillie à travers une boutonnière pratiquée aux dépens du péricarde viscéral et présentant à son sommet un pertuis circulaire de 2 millimètres de diamètre. La tumeur a des parois très minces et renferme un caillot noirâtre, non adhérent; le long du bord gauche, au-dessus et au-dessous de la tumeur, immédiatement sous la séreuse, saillies noirâtres, plus ou moins sinueuses, plus ou moins développées, rappelant l'aspect des saillies variqueuses, sur lesquelles on voit de petites tumeurs noirâtres constituées comme la grosse par une mince paroi entourant un caillot sanguin.

GEORGES THIBIERGE.

Des tachycardies, valeur séméiologique et pathogénique, par VINCENT (*Thèse de Paris*, 1891).

Ce travail inspiré par Huchard, contient une bonne classification des tachycardies, que V. divise en : 1° expérimentales et physiologiques ; 2° bulbaires (essentielle ou symptomatique); 3° nerveuses (nerf vague, sympathique, neuro-ganglionnaire?); 4° névrosiques (épilepsie, hystérie, neurasthénie, maladie de Graves); 5° réflexes (estomac, utérus, foie, etc.); 6° toxiques (thé, café, tabac, alcool, digitale); 7° dyscrasiques (fièvre, chlorose, anémie); 8° infectieuses (fièvre typhoïde, scarlatine, etc.); 9° cardiaques (artériosclérose, cardiosclérose, néphrite interstitielle, affections valvulaires). C'est dans les maladies apyré-

tiques que la tachycardie a le plus d'intensité et de persistance. Elle présente une valeur pronostique considérable quand elle s'accompagne d'hypotension, et quand elle prend le rythme fœtal. H. LEROUX.

Venous humming murmurs in the neck, par BEWLEY (*Dublin Journ. of med., sc. p.* 406, *mai* 1891).

L'auteur recherche la valeur diagnostique du souffle veineux jugulaire. Il examine des sujets âgés de 16 à 26 ans au nombre de 200 : 149 jeunes filles et 51 jeunes gens, et les divise en trois catégories :

Les anémiques..........	sur 22	examinés,	19	ont un souffle	= 86.4 0/0
Les faiblement anémiques.	sur 31	—	27	—	= 87 1 0/0
Les non-anémiques......	sur 147	—	85	—	= 57.9 0/0
Ces derniers se divisent en	104 filles	dont	64	—	= 61.5 0/0
et	43 garçons	—	21	—	= 48 8 0/0

L'auteur conclut que les souffles sont certainement plus communs dans l'anémie qu'en dehors de cet état ; que plus de la moitié des gens non-anémiques ont du souffle veineux du cou.

La constatation d'un souffle veineux n'a que peu d'importance diagnostique et le timbre variable de ces souffles n'a pas plus de valeur.

P. DUFLOCQ.

Beiträge zur Erkenntniss der Ætiologie... (Etiologie de la pneumonie croupale pure, vraie), par BRUNNER (*Deutsches Arch. f. klin. Med. XLVIII, p.* 1).

Faisant abstraction des cas de pneumonie dite infectieuse, pour ne tenir compte que des cas de pneumonie franche, classique, l'auteur cherche à établir certaines relations entre leur développement et l'état de l'atmosphère. Sur 100 pneumonies observées par lui à Dissenhofen (Suisse), 69 fois le jour de l'invasion coïncide avec une moyenne thermique de + 9° et au-dessous, et 83 fois avec une pression de vapeur de 9 millimètres et moins.

Ces conditions sont réalisées dans les mois de janvier-février et mars-avril. Les cas de pneumonie peuvent devenir cumulatifs dans des conditions atmosphériques qui n'ont pas entièrement le caractère nocif, ce qui est en faveur de l'origine miasmatique. On ne peut, comme Hoffmann et Möllmann, faire intervenir le seul confinement dans des espaces mal ventilés, car il existe une prédisposition notable pour les hommes à l'encontre des femmes. Mais l'état météorologique ne constitue qu'un moment étiologique accessoire; car, d'après Brunner, il faut faire intervenir surtout le refroidissement consécutif au surmenage musculaire. Des recherches bactériologiques pourraient seules faire connaître si le pneumocoque se rencontre plus souvent dans les habitations qu'à l'air libre; cependant il est probable qu'il n'est pas tué par la congélation.

C. LUZET.

Un cas de vomique dans une pleurésie séro-fibrineuse. Hydropneumothorax. Mort, par ODIER (*Loire méd.*, 15 *août* 1891).

Jeune fille de 20 ans, pleurésie droite tuberculeuse avec épanchement; huit jours plus tard, dyspnée et suffocation qui disparaissent après le rejet de 150 à 200 grammes environ d'un liquide jaune citrin, séreux, spumeux, nullement fétide et ne renfermant pas de pus. Une semblable expectoration eut lieu à

plusieurs reprises dans des quintes de toux, et l'on a pu évaluer à 1,500 grammes la quantité de liquide rendue. Les signes d'un pneumo-thorax furent nettement constatés, et à partir de ce jour l'état général s'aggrava graduellement jusqu'à la mort, qui eut lieu deux mois et demi plus tard.

A l'autopsie on a noté l'existence, dans la plèvre droite, d'un épanchement séro-fibrineux, non purulent, et, au niveau du lobe inférieur du poumon rempli de tubercules durs et de cavernules, une rupture de l'organe.

OZENNE.

I. — Périostite suppurée consécutive à une fièvre typhoïde et due au bacille typhique, par ACHALME (*Soc. de biologie*, 21 *juin* 1890).

II. — Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacille d'Eberth, par FERNET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 *mai* 1891).

III. — Intrauterine Typhusinfection einer lebensfähigen Frucht (Infection typhoïdique intra-utérine d'un fœtus viable), par ERNST (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *VIII*, 2, *p.* 188, 1890).

I. — Dans le pus d'une périostite suppurée développée chez une malade au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde, existait un seul et même micro-organisme qui, par les caractères des cultures et ses propriétés biologiques, s'identifiait avec le bacille d'Eberth. G. LION.

II. — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, souffrant depuis deux mois, ayant point de côté, légers frissons, oppression légère; au bout d'un mois il dut prendre le lit; depuis quinze jours il avait de la céphalalgie, des épistaxis, de l'insomnie, un peu de diarrhée A son entrée on constatait, avec l'aspect et les symptômes d'un typhoïdique, l'existence d'un épanchement moyen de la plèvre droite : une ponction fut pratiquée, et le liquide séreux contenait uniquement des bacilles d'Éberth, comme le montrèrent des cultures variées. La maladie continua à évoluer pendant près d'un mois et finit par la guérison, après des oscillations répétées. H. L.

III. — Une femme de 22 ans accouche, vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde, d'un enfant à terme qu'elle ne nourrit pas. Celui-ci meurt après 93 heures de vie, avec un ictère intense; un exanthème de petites taches s'est développé sur les membres inférieurs et remonte jusque sur l'abdomen. A l'autopsie on trouve la rate lisse, turgide; l'intestin ne présente par contre aucune tuméfaction des plaques de Peyer. Des cultures furent faites avec cette rate; mais, de l'aveu même de l'auteur, elles ne donnèrent pas un résultat concluant. Les coupes de la rate y montrèrent des amas bacillaires dans les vaisseaux. Il indique cinq autres cas d'infection typhoïdique intra-utérine.

C. LUZET.

Hydatid cyst of pleura, par DUFFEY (*Dublin Journ. of med. sc.*, *avril* 1891).

Homme de 31 ans, entré pour une hémoptysie : on constate une pleurésie droite; ponction; accidents de dyspnée et de phénomènes congestifs du côté de la tête, de la face et du cou. Mort treize heures après la ponction.

A l'autopsie : kyste hydatique, comme une tête de fœtus, dans la plèvre droite, situé au-dessus du diaphragme; paroi épaisse et fibreuse, adhérente au diaphragme, poumon et péricarde; le poumon droit est refoulé vers la gauche. Abaissement du foie ; enfin quelques cavernes tuberculeuses disséminées. P. DUFLOCQ.

Ein Fall von doppelseitigem Pneumothorax, par LASIUS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 15, *p.* 526, 1891).

Une femme de 27 ans, phtisique, éprouve brusquement, le 10 janvier 1888,

une dyspnée menaçante. On constate à droite les signes du pneumothorax. Le lendemain, la malade met au monde un fœtus de 6 à 7 mois, qui meurt au bout de 4 heures.

Le 13, délire, cyanose, orthopnée; 50 respirations, pouls 120. Le 14 l'asphyxie augmente; on constate du côté droit les mêmes signes qu'à gauche. La situation du cœur ne peut être déterminée.

La mort survient le 20 à 4 heures du matin.

Autopsie. Le sommet du poumon gauche est adhérent; la base est en partie soudée au diaphragme; de ce côté, la plèvre contient un demi-litre de sérosité et de l'air.

Le bord antérieur du poumon droit est adhérent à la paroi et séparé du cœur par un espace ovalaire, clos, contenant 20 centimètres cubes de sérosité. Il y a un autre espace, correspondant au lobe moyen seulement, en arrière, et dans lequel siège l'épanchement hydro-aérique. Le lobe supérieur est adhérent à la paroi et présente une caverne tuberculeuse.

Les deux pneumothorax sont donc partiels. L. GALLIARD.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de VERNEUIL (*Tome III*, 1er *fascicule*, 1891).

1° *Recherches bactériologiques à propos d'une tuberculose bovine atypique*, par *C. Leroy*. — Observation d'un cas de tuberculose bovine dans lequel, malgré la présence de lésions caséeuses tuberculeuses caractéristiques dans les poumons, les reins, les ganglions bronchiques et mésentériques, la rate, etc., il fut impossible de constater la présence du bacille de Koch; par contre, on rencontra des bacilles à extrémités arrondies et des microcoques réunis en groupes, se cultivant facilement sur l'agar et la pomme de terre. L'inoculation de fragments de viscères au lapin a reproduit une masse caséeuse au point inoculé, sans trace de généralisation.

2° *Infection pseudo-tuberculeuse par les voies digestives*, par *Ledoux-Lebard*. — L'ingestion de cultures de pseudo-tuberculose produit chez le cobaye des lésions pseudo-tuberculeuses à marche tantôt aiguë tuant les animaux en 1 à 2 semaines avec hypertrophie des ganglions abdominaux et éruption granuleuse de l'intestin et du foie ayant son siège d'élection sur le cæcum, tantôt lente laissant survivre les animaux pendant plusieurs semaines, avec prédominance des lésions sur le foie et les ganglions de l'abdomen, qui renferment de véritables abcès caséeux; ces lésions ont une grande analogie avec celles de la tuberculose vraie, au point de vue histologique, mais en diffèrent cependant par l'absence ordinaire de cellules géantes. La maladie résultant de l'infection par les voies digestives a une évolution moins rapide que lorsque l'infection se fait par les autres voies (sanguine, trachéale, péritonéale, sous-cutanée).

3° *De la tuberculose expérimentale* chez les animaux vertébrés dits à sang froid, par V. *Despeignes*. — Les grenouilles peuvent aussi bien être infectées par le bacille de Koch lorsqu'elles sont abandonnées à la température ordinaire du laboratoire que quand elles sont maintenues à la température de + 25°. Les organes recueillis chez ces animaux morts tuberculeux rendent tuberculeux les cobayes auxquels on les inocule, bien qu'on ne trouve généralement pas de lésions macroscopiques chez les grenouilles mortes tuberculeuses. Des résultats semblables s'observent chez les tritons. Ils prouvent que le bacille de Koch n'a nul-

lement besoin, pour se développer d'une température égale à + 30° et que, s'il ne commence à bien pousser dans les bouillons qu'à cette température, cela tient à ce que nous ne possédons pas un milieu qui lui convienne.

4° *Ulcère tuberculeux des lèvres*, par *Troisier* et *Ménétrier*. — Deux observations d'ulcérations tuberculeuses des lèvres. Cette lésion présente des caractères très analogues à ceux des ulcérations tuberculeuses de la langue. Elle se développe chez des tuberculeux parvenus à une période avancée, par auto-inoculation de lésions superficielles des lèvres au moyen des produits de l'expectoration.

5° Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du *lupus érythémateux*, par *H. Leloir*. (Voir p. 205.)

6° De la *tuberculose cutanée* et de la lymphangite tuberculeuse consécutives à la tuberculose osseuse, par *Prioleau*. Cinq observations de lymphangite à cordons moniliformes consécutives à des fistules cutanées produites par des lésions osseuses tuberculeuses. Bons effets de l'acide lactique.

7° De la *vaccination contre la tuberculose* par produits solubles des cultures tuberculeuses, par *J. Héricourt et Ch. Richet*. Les auteurs ont vu le développement de la tuberculose expérimentale ne pas se faire chez les animaux qui avaient reçu des injections de produits solubles de cultures provenant de tuberculose aviaires.

8° Nouvelles observations sur la *transfusion du sang de chien* pour obtenir l'immunité contre la tuberculose, par *Héricourt* et *Ch. Richet*. Trois lapins inoculés avec des produits de tuberculose aviaire et abandonnés à eux-mêmes pour servir de témoins, ont succombé; de deux lapins traités de la même façon, mais ayant reçu le 1er 50 grammes et le 2e 30 grammes de sang de chien normal, le 2e a succombé en 6 semaines, le 1er a survécu pendant 3 mois, mais paraissait malade. Trois lapins ayant reçu du sérum de sang d'un chien chez lequel on avait renforcé l'immunité par une inoculation de tuberculose, étaient en parfaite santé au bout de 3 mois.

9° *Origine de la tuberculose du tractus uvéal* (recherches expérimentales), par *Valude*. — Tant que la tuberculose reste enfermée dans la coque oculaire, et qu'il n'y a pas eu issue de fongus tuberculeux, la généralisation se dessine peu. Chez un animal tuberculeux, le traumatisme de l'œil sain n'est pas suivi du développement de lésions tuberculeuses oculaires. En somme, l'œil qui est très apte à contracter la tuberculose par l'inoculation directe, oppose une résistance énorme à l'infection apportée par les voies naturelles, celles de la surface conjonctivale ou du système vasculaire. Cela explique pourquoi la tuberculose oculaire est extrêmement rare en clinique.

10° *Hérédité du lupus*, par *A. Ollivier*. — Observation d'une fillette de 13 ans, dont la mère était morte phtisique ; tandis que dans la ligne paternelle il n'y avait aucune trace de tuberculose, dans la ligne maternelle sur 6 proches parents 5 étaient atteints de manifestations tuberculeuses (la mère, une tante, un oncle, une cousine germaine, une sœur), et 3 de lupus (l'oncle, la tante et la cousine).

11° *Le mariage des tuberculeux*, par *G. Daremberg*. — Le mariage doit être absolument interdit à tout tuberculeux non guéri ; il est néfaste

pour lui et pour sa famille. Avant d'autoriser un tuberculeux guéri à se marier, il faut savoir si le mariage ne sera pas pour lui une cause de fatigue morale ou physique, s'il doit lui permettre de mener une vie calme et tranquille. Aussi les tuberculeux aisés peuvent-ils seuls prétendre au mariage.

12° Observation pouvant servir à *l'étiologie de la tuberculose congénitale*, par *A. Ricard*. — Enfant de 5 ans 1/2, atteinte d'une ostéite tuberculeuse de la première phalange de l'index droit. On ne trouve d'autre antécédent héréditaire que celui-ci : le père portait, au moment où l'enfant a été conçue, un volumineux abcès froid de la région poplitée qui ne se ferma qu'après 6 mois de traitement.

13° Remarques sur le *pronostic éloigné et la récidive dans les tuberculoses locales;* contribution à l'étude des suites éloignées de l'intervention, par *P. Thiéry*. — Le pronostic des affections tuberculeuses est variable suivant la localisation de la tuberculose. Il est relativement bénin dans la tuberculose ganglionnaire, la tuberculose osseuse des membres (non juxta-articulaire), la tuberculose cutanée, gommes, abcès froids; réservé dans la tuberculose testiculaire, les synovites tuberculeuses; grave dans la tuberculose articulaire des membres, la tuberculose costale; très grave dans la tuberculose vertebrale, malgré la curabilité évidente de la lésion locale, et dans la tuberculose péri-anale. Même dans les cas où le pronostic de ces affections ne menace pas directement l'existence, il reste grave par la fréquence des récidives locales et des récidives à distance.

14° Essai sur la *lymphangite tuberculeuse*, par *Lejars*. — La lymphangite tuberculeuse est beaucoup plus rare que l'adénite. Elle peut être primitive et succéder à une inoculation cutanée, ou secondaire à une tuberculose locale ne dérivant pas d'une insertion virulente directe. Elle occupe le plus souvent le membre supérieur. La lésion dominante dans les formes noueuses est une périlymphangite. Cliniquement, elle peut être tronculaire ou réticulaire. La lymphangite tronculaire se manifeste par des nodules disposés sur le trajet des lymphatiques situés dans le derme, dans l'hypoderme ou plus profondément, de volume variable, se ramollissant et se perforant pour produire des ulcérations arrondies et taillées à pic ou recouvertes de productions verruqueuses. Ces nodosités peuvent être réunies en nombre plus ou moins considérable, formant des traînées sur le trajet des lymphatiques ou même confluentes. Elles peuvent être peu nombreuses, éloignées les unes des autres, ce qui en rend le diagnostic parfois embarrassant.

Les gommes et les abcès froids ne sont probablement que des abcès lymphangitiques tuberculeux, constituant la forme la plus disséminée de la lymphangite tronculaire. La lymphangite réticulaire peut être caractérisée par un fin réseau rougeâtre de traînées développé au voisinage de fistules ostéopathiques ; ses formes ordinaires sont la forme lupique, dans laquelle les nodules de lupus sont dus à la propagation de la tuberculose par la voie lymphatique, et la forme lymphangiectasique décrite autrefois sous le nom de varices lymphatiques et rapportée à la tuberculose par Hallopeau et Goupil. Le traitement de la lymphangite tuberculeuse consiste dans la destruction de la lésion originelle et des nodules secondaires.

15° De la production, chez le lapin, de *tumeurs blanches expérimen-*

tales par inoculation intra-veineuse de culture de bacilles tuberculeux atténuées, par *J. Courmont* et *L. Dor*. — On peut reproduire par l'expérimentation avec des bacilles tuberculeux atténués des lésions tuberculeuses semblables cliniquement et anatomiquement aux tumeurs blanches humaines primitives. Les synoviales articulaires, en particulier, au moins chez les animaux jeunes, sont un terrain suffisant à l'implantation d'un virus tuberculeux trop atténué pour produire des lésions viscérales. Des bacilles tuberculeux atténués peuvent ne manifester leurs effets qu'après une longue période d'inoculation, bien qu'ils aient été introduits en grand nombre dans les veines d'un animal : dans les expériences des auteurs, les animaux ont paru pendant 5 mois n'être atteints d'aucune lésion, puis sont apparues des lésions tuberculeuses uniquement articulaires avec intégrité absolue des organes viscéraux.

16° Résultats éloignés des *résections pluri-costales* (opération d'Estlander) pour *pleurésies purulentes tuberculeuses*, par *Verneuil*. — Sur 4 cas, amélioration dans l'état local et dans la santé générale après l'ouverture de la plèvre, mais l'amélioration n'est pas durable, la suppuration persiste, tantôt forte, tantôt faible; il s'y ajoute l'anorexie, l'amaigrissement, la perte des forces et la fièvre septicémique. Verneuil recommande, dans les pleurésies purulentes tuberculeuses avec ou sans mélange d'autres microbes pyogènes, l'emploi des injections réitérées, régulières, de parasiticides sérieux, acide phénique, sublimé, iodoforme, au lieu des topiques insignifiants souvent employés ; en cas de pachypleurite bien constatée, ancienne et inapte à la réunion, réséquer plus largement les côtes et exciser la plèvre afin d'agir directement sur la néomembrane fibroïde; dans certains cas, la cavité purulente étant enfin stérilisée, tenter la mobilisation de la paroi costale par un procédé anaplastique.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber der Einfluss acuter fieberhafter Erkrankungen... (Influence des pyrexies sur la phtisie pulmonaire), par CHELMONSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 496, 1891).

Une femme de 38 ans, atteinte de tuberculose du sommet droit et d'ulcérations tuberculeuses bucco-pharyngées, contracte un érysipèle de la face, qui dure 6 jours. Pendant ces 6 jours, la toux augmente, les crachats augmentent (les bacilles disparaissant), il y a de légères hémoptysies, les ulcérations rougissent et présentent des bords œdématiés ; l'albuminurie apparaît et dure 3 jours.

Après la guérison de l'érysipèle, les manifestations tuberculeuses s'amendent et, au bout de 26 jours, la malade peut être considérée comme guérie.

L. GALLIARD.

Pseudo-tuberculose bacillaire chez l'homme. Entérite infectieuse. Caséification de la capsule surrénale. Maladie d'Addison, par HAYEM et LESAGE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *juillet* 1891).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, de constitution faible, sans antécédents héréditaires, sujet à des crises d'embarras gastrique. Il fut pris, le 10 octobre, subitement, de malaise général et de vomissements, et pendant cinq jours, présenta les signes d'un embarras gastrique fébrile. Après un mieux passager, le malaise revient avec sensation de froid, la température rectale oscille entre 35 et 36, en même temps retour des vomissemeuts, diar-

rhée irrégulière peu intense, douleurs lombaires; d'autre part, on note l'accentuation d'une teinte pigmentée de la peau, qui avait été antérieurement constatée. Mort le 2 novembre. A l'autopsie, on trouva la capsule gauche transformée en une masse caséeuse, grisâtre, grosse comme une noix, limitée par un liséré rouge formé de cellules rondes ne contenant ni tubercules ni cellules géantes, mais renfermant le bacille de la pseudo-tuberculose; on retrouve ce bacille dans l'estomac et dans les coupes de l'intestin, qui (gros et grêle) présentait une psorentérie intense, généralisée, avec hypertrophie des follicules caractérisés par la prolifération des élements de ces glandes. Le bacille existait aussi dans le sang. Lesage a pu obtenir avec tous les organes et le sang des cultures sur gélatine du bacille de la pseudo-tuberculose et des inoculations positives chez des cobayes et des souris. Hayem admet une caséification primitive de la capsule surrénale, puis généralisation par altération sanguine. H. LEROUX.

I. — Untersuchung über Bindung der Salzsäure... (Sur l'acide chlorhydrique combiné et la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique libre), par **ROSENHEIM** (*Cent. f. klin. Med.*, *n*° 39, 1891).

II. — Eine eigenthümliche Reaktion des Mageninhaltes (Réaction particulière du contenu de l'estomac), par **SPITZER** (*Ibidem*, *n*° 9, 1891).

III. — Le chimisme stomacal normal et pathological, par L. BOUVERET et L. MAGNIEN (*Lyon méd.*, 26 *juillet* 1891).

IV. — Nouvelles considérations sur le chimisme stomacal, par WINTER (*Soc. de biol.*, 21 *novembre* 1891).

V. — Contribution à l'hypersécrétion de l'acide chlorhydrique, par A. MATHIEU (*Gaz. des hôp.*, *septembre et octobre* 1891).

VI. — Contribution à l'étude des anomalies dans l'évolution du processus de la digestion stomacale à l'état pathologique, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 *et* 30 *octobre* 1891).

VII. — Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique, par HAYEM (*Ibid.*, 23 *octobre* 1891).

VIII. — Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique, par MATHIEU (*Ibidem*, 30 *octobre* 1891).

X. — Des altérations du chimisme stomacal dans la chlorose, par HAYEM (*Ibidem*, 30 *octobre* 1891).

I. — C'est à tort que l'on a affirmé qu'en présence de pepsine les solutions de chlorhydrate de leucine ne pouvaient digérer l'albumine (Klemperer), ou que leur pouvoir digestif était égal à celui de l'acide chlorhydrique libre (Salkowski). Si certaines combinaisons d'acide chlorhydrique gardent un pouvoir digestif, du moins la rapidité de la digestion dépend de la quantité d'acide libre utilisable. Les substances combinées à l'acide apportent à son action une entrave tantôt médiocre comme les amido-acides, tantôt considérable comme les albumoses et les peptones. LEFLAIVE.

II. — Si, après ingestion d'aliments comprenant des substances albumineuses, on exprime et l'on filtre ensuite le contenu de l'estomac, on obtient un liquide incolore sous une faible épaisseur, jaune-rouge sous une épaisseur plus grande. L'addition de quelques gouttes d'une solu-

tion alcaline y détermine une coloration jaune citron plus ou moins intense, que fait disparaître l'action des acides, et que reproduisent à nouveau les alcalis. LEFLAIVE.

III. — Dans ce travail, les auteurs discutent les recherches de Hayem et Winter sur le chimisme stomacal ; tout en approuvant complètement les procédés chimiques d'investigation, les méthodes de dosage, ils n'admettent pas les conclusions qui en ont été tirées. Pour eux, l'acide chlorhydrique libre n'est pas dû, comme le pensent Hayem et Winter, aux incidents de la fermentation digestive ; il est vraiment un produit de la sécrétion des glandes gastriques, soit sous forme libre, soit sous forme de combinaison décomposable dès le moment de la sortie des glandes. Ils n'admettent pas davantage que le dosage du chlore fixé sur l'albumine et les peptones pendant la digestion puisse être une mesure exacte de l'activité de cette digestion ; cette fixation de l'acide chlorhydrique est en effet un phénomène qui se produit en dehors de toute fermentation digestive. Partant de ces données et s'appuyant sur leurs recherches personnelles, B... et M... rejettent la classification proposée par Hayem.

IV. — Winter, dans une note détaillée, combat ces conclusions et maintient les propositions formulées dans son premier travail. A. CARTAZ.

V. — Mathieu rapporte cinq cas inédits d'hypersécrétion chlorhydrique, de gastrosuccorrhée de Reichmann. Dans trois cas, la maladie est bien nette, les symptômes sont en quelque sorte au complet ; dans l'estomac à jeun, le matin, on trouve une notable quantité de liquide riche en HCl soit libre, soit combiné. Il y a à la fois dilatation de l'estomac, stase gastrique, hypersécrétion et acidité chlorhydrique exagérée. Dans un ou deux cas, l'hypersécrétion simple ou avec une quantité minime d'HCl avait succédé très probablement à l'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie. Dans l'un d'eux, la maladie datait très probablement de près de quarante ans.

Mathieu insiste particulièrement sur l'influence des impressions morales vives, chagrins, pertes d'argent, etc. dans la genèse de cette névrose sécrétoire de l'estomac. Chez ses malades cette étiologie névropathique était des plus nettes ; deux avaient eu de vifs chagrins de famille, deux des pertes d'argent, le cinquième, poursuivi à la suite du 2 décembre, n'avait échappé qu'avec peine à la police de l'empire : il était resté dyspeptique depuis cette époque.

Au point de vue du traitement, l'auteur insiste sur les bons effets des alcalins donnés à haute dose (15 à 20 grammes de bicarbonate de soude ou d'un mélange de bicarbonate de soude et de craie préparée) qu'il faut donner par petites quantités à partir du moment où apparaît la douleur gastrique. Le seul inconvénient de ces substances à cette dose, c'est l'alcalinité des urines et l'irritation de la vessie. Il convient de donner aussi du lait et des aliments très choisis, sans résidu rebelle à la digestion. Le gavage à la poudre de viande alcalinisée (Debove) donne de très bons résultats. A. C.

VI. — Hayem étudie au moyen de graphiques les oscillations de deux lignes C et F représentant les combinaisons organiques du chlore, F représentant les chlorures fixes ; ces deux lignes indiquent la marche de la peptonisation, c'est-à-dire du travail utile de l'estomac. A l'état

physiologique F touche à son minimum, une heure après le repas d'épreuve ; F peut augmenter dans deux circonstances opposées, soit par suite du ralentissement du processus digestif, soit par suite de l'exagération de sa rapidité.

Il admet, dans les cas d'accélération du processus digestif, une série de types caractérisés par la rapidité exagérée des deux temps de la digestion, que le processus digestif soit intense ou affaibli.

Chez beaucoup de dyspeptiques, la courbe C n'atteint son maximum que très lentement ; il y a en même temps affaiblissement de la peptonisation et formation en excès d'acide chlorhydrique libre.

Hayem conclut que, en l'absence d'obstacle mécanique au passage du contenu stomacal de l'estomac dans l'intestin, l'évacuation de l'estomac paraît subordonnée à l'évolution du processus digestif ; dès que l'estomac accomplit le travail qu'il est susceptible de faire, il se débarrasse de son contenu ; si sous l'influence d'irritations particulières le travail stomacal est traînant, l'évacuation est retardée. Il admet donc que les troubles moteurs de l'estomac paraissent être régis par les altérations sécrétoires et fermentatives.

Il rejette l'idée de l'atonie gastrique d'origine nerveuse, en tant que primitive et susceptible d'expliquer les modifications du processus chimique.

Mathieu réplique, et soutient que le plus souvent la névropathie est antérieure aux troubles gastriques ; il ne croit pas que tous les hyperchlorhydriques aient une digestion stomacale retardante ; il ne croit pas que le procédé de G. Hayem permette de déterminer la quantité ni la qualité du travail fourni par l'estomac ; il permet seulement d'acquérir des notions plus exactes sur la sécrétion de la muqueuse gastrique.

VII. — Hayem donne une nouvelle classification des altérations chimiques stomacales ; il admet : 1° l'hyperpepsie, qu'il divise en hyperpepsie générale (C + ; H +) et hyperpepsie chloro-organique (C + ; H = ; —) ; 2° l'hypopepsie qu'il divise en hypopepsie avec hyperchlorhydrie (H + ; C —), hypopepsie générale (H — ; C —) et en apepsie. Appliquant cette classification à l'étude de la gastrite alcoolique, il trouve que dans 36 cas, il y a 3 cas d'hyperpepsie, 10 cas d'hypopepsie avec hyperchlorhydrie, 23 cas d'hypopepsie, dont 4 allant jusqu'à l'apepsie, soit en tous 33 cas d'hypopepsie, contre 33 cas d'hyperchlorhydrie. De ces 36 cas, 24 étaient compliqués de fermentations anormales. Hayem insiste sur cette variété de troubles chimiques dans une affection ayant même étiologie ; il n'a pu établir de rapport entre l'ancienneté de l'irritation gastrique et l'état chimique révelé lors de l'examen du malade.

VIII. — Sur dix alcooliques avérés, Mathieu a trouvé quatre fois l'hyperchlorhydrie, six fois l'hypochlorhydrie, le plus souvent avec suc gastrique et fermentations anormales.

D'après lui, l'hyperacidité chlorhydrique, que l'acide soit libre ou combiné, est le fait capital, qui réclame l'évacuation ou la saturation alcaline du contenu de l'estomac ; l'hypopepsie n'a pas de signification ni de gravité. Dans le tiers des cas de dyspepsie, le chimisme gastrique ne relève que de très faibles variations de chiffres. Il attribue un rôle

important aux phénomènes nervo-moteurs. En résumé il admet trois types de dyspepsie : 1° l'hyperchlorhydrie ; 2° la dilatation de l'estomac avec hypochlorhydrie et fermentations anormales ; 3° la dyspepsie nervo-motrice sans anomalies chimiques, qui est la plus fréquente. H.L.

IX. — Sur 72 cas de chlorose, Hayem en compte 36 avec hyperpepsie (dont 21 avec hyperpepsie générale, 15 avec hyperpepsie chloro-organique) ; 6 avec hypopepsie avec hyperchlorhydrie ; 28 avec hypopepsie ; 2 avec chimisme stomacal. Il y avait 34 cas sans complication de fermentation, contre 26 accompagnés de fermentation acide anormale.

Il admet que la chlorose peut se déclarer chez des sujets non dyspeptiques ; qu'il n'y a pas de rapports étroits entre l'intensité de l'anémie et le développement des troubles dyspeptiques.

La fréquence de l'hyperpepsie chez les chlorotiques est due au traitement classique mais inopportun des aliments excitants, du fer, du quinquina, de l'arsenic. La dyspepsie de l'adolescence est un terrain favorable à la réalisation de la chlorose. H. LEROUX.

I. — The varying significance of intermittent albuminuria, par BRANNAN (*N. York med. journ.*, *p.* 7, *4 juillet* 1891).

II. — Sur les rapports de l'albuminurie avec la circulation rénale, par V. CASARETTI (*Rivista gen. Ital. di clin. medica*, *n*os 14-15, *p.* 322, 1891).

I. — L'auteur range les diverses variétés d'albuminurie intermittente dans trois catégories :

1° Variété dyscrasique : hétéro-albuminémie, troubles digestifs, oxalurie, affections hépatiques, goutte (altération du sang) ;

2° Variété mécanique : albuminurie cyclique, albuminurie des adolescents (modifications de la pression sanguine dans les reins) ;

3° Variété nerveuse : anxiété mentale, surmenage intellectuel, fatigues physiques excessives (désordres circulatoires dans le parenchyme rénal).

L'auteur n'admet pas l'albuminurie physiologique ou fonctionnelle. D'après lui, l'albuminurie est toujours pathologique. L'intermittence doit toujours aboutir tôt ou tard à une lésion organique des reins. La chose a de l'importance au point de vue des assurances sur la vie.

Dans un cas il a pu attribuer la présence de l'albumine à l'abus des œufs ; une autre fois il l'a vu coïncider avec un excès d'urée et une élévation de la densité à 1030. Chez un sujet dont l'autopsie a été pratiquée et qui présentait un léger degré de néphrite chronique, l'urine analysée huit fois en six mois n'a contenu qu'une seule fois de l'albumine, et encore à l'état de traces. L. GALLIARD.

II. — Casaretti a constaté que l'application d'une ligature aux membres déterminait presque instantanément la disparition de l'albumine, dans les cas d'albuminurie intermittente ; il a obtenu un résultat semblable dans un cas de néphrite véritable. La disparition de l'albumine a lieu presque instantanément ; l'urée diminue également dans l'urine émise pendant la durée de la ligature. G. LYON.

Blutveranderungen bei Addison'schen Krankheit (Altérations du sang dans la maladie d'Addison), par TSCHIRKOFF (*Zeitseh. für klin. Medicin*, *XIX*, *p.* 87).

Dans la maladie d'Addison, la quantité d'hémoglobine reste suffisante

même à une période avancée. Elle peut même, au début, dépasser la normale. Le nombre des globules rouges n'est pas non plus suffisamment diminué pour qu'on puisse parler d'anémie.

La quantité d'hémoglobine de réduction est augmentée dans les cas anciens ; cette quantité reste assez variable. On ne peut attribuer à l'hémoglobine de réduction la pigmentation de la peau. Il est probable qu'il y a aussi dans le sang une quantité notable de méthémoglobine.

Le pigment, altéré quantitativement dans certaines formes graves de chlorose, semble être altéré qualitativement dans la maladie d'Addison.

Les altérations du sang qu'on observe dans la maladie d'Addison ne sont nullement comparables aux altérations beaucoup plus marquées qu'on observe dans la tuberculose. A.-F. PLICQUE.

The amœbia coli in dysentery and liver abscess with a new case, par G. DOCK (*N. York med. record*, *p.* 7, 4 *juillet* 1891).

L'auteur rappelle les mémoires de Kartulis et de Massiutin, et rapporte le cas d'un homme de 42 ans présentant depuis quinze jours des coliques, du ténesme et des selles muqueuses et sanglantes. Il survint de la tuméfaction et de l'endolorissement du foie. La mort eut lieu dans un état typhoïde. Autopsie : abcès du foie et ulcération du côlon. Dans l'abcès du foie, il existe de nombreuses amibes de 3 à 15 par préparation, variant de 15 à 25 micromillimètres de diamètre, animées de mouvement, offrant des vacuoles et ayant incorporé des globules rouges et blancs. Il y en a également, mais en moins grande quantité dans l'intestin. Les mouvements des parasites persistèrent pendant 24 heures. P. DUFLOCQ.

De l'entérite chronique paludéenne ou diarrhée de Cochinchine, par L. DE SANTI (*In-8° Paris*, 1891).

Ce travail est consacré à l'étude de la diarrhée des pays chauds et en particulier de la diarrhée de Cochinchine que l'auteur a pu observer sur de nombreux malades au Tonkin et dont il a été atteint lui-même. Pour lui, cette diarrhée n'est qu'une dysenterie chronique, qui se rattache comme origine à l'infection paludique. Il discute longuement les objections formulées contre cette opinion et montre par les divers signes, la pigmentation du sang, les manifestations du côté de la rate, du foie, que le paludisme est bien la cause de ces entérites rebelles. La diarrhée de Cochinchine devient une entérite chronique dont le processus anatomique ne diffère en rien de celui de la dysenterie. Seulement, dans la période de début, la diarrhée chronique n'est pas encore constituée, et dès lors les symptômes varient avec la forme et l'acuité de l'entérite initiale.

Le traitement prophylactique doit être dirigé contre le paludisme. Quant au traitement le plus efficace contre la diarrhée, de Santi conseille l'administration dans du lait de petites doses d'iodure ou d'arsenic, la désinfection intestinale par le naphtol et le salicylate de bismuth, par les lavements antiseptiques, boriqués, enfin le régime lacté avec addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour le rendre plus facilement assimilable. Contre les poussées de diarrhée profuse, de Santi s'est bien trouvé des injections sous-cutanées de sulfate de magnésie.

A. CARTAZ.

De la fièvre intermittente en Finlande, par R. SIEVERS (*Finska läkar. handlingar, XXXIII,* 9).

Sievers donne un compte rendu détaillé de l'apparition de la fièvre intermittente en Finlande du milieu du XVII[e] siècle à ce jour (1888). Il établit que dans cette période la fièvre intermittente a paru sept fois sous forme épidémique, deux fois au XVIII[e] siècle, cinq fois au XIX[e]. Il a pu démontrer, par de nombreux exemples, l'influence fâcheuse de la dérivation de cours d'eau, de la formation de marécages et la coïncidence de l'apparition de la fièvre avec les variations de hauteur des nappes d'eau. A. C.

I. — Beiträge zur Morphologie und Biologie... (**Contribution à l'étude de la morphologie et de la biologie de la plasmodie de la fièvre tierce**), par **J. MANNABERG** (*Centrbl. für klin. Med.*, *n°* 27, 1891).

II. — Zur Morphologie des Plasmodium Malariæ, par MALACHOWSKI (*Ibidem, n°* 31, 1891).

I. — Les couleurs d'aniline donnant de médiocres résultats pour l'étude de la plasmodie malarique, l'auteur recommande le procédé suivant : Le sang étalé sur la lamelle, est séché à l'air pendant six heures au moins, puis la préparation est plongée pendant vingt-quatre heures dans un mélange fixateur formé de parties égales de solution concentrée d'acide picrique et d'eau distillée, auquel on ajoute 3 à 5 0/0 d'acide acétique glacial. On décolore ensuite par l'alcool absolu que l'on renouvelle deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Enfin on colore énergiquement par l'hématoxyline alunée.

Les globules rouges et le protoplasma des leucocytes restent incolores; les hématoblastes sont peu colorés. La matière colorante se fixe surtout sur les noyaux des leucocytes et la chromatine des plasmodies.

Celles-ci, lorsqu'elles sont jeunes, sont plus ou moins arrondies; Elles sont constituées par un gros noyau vésiculaire, excentrique, non coloré ; d'un côté, il y a accumulation de plasma coloré mais non encore pigmenté. Du côté opposé, dans le noyau, se voit un nucléole arrondi, très coloré et rattaché à la membrane nucléaire.

Plus tard le plasma se divise en deux couches, dont l'extérieure surtout se charge de pigment; le noyau grossit et devient irrégulièrement colorable. Le nucléole, au contraire, fixe de moins en moins les matières colorantes, se creuse de vacuoles et disparaît (probablement il se fond dans le cytoplasma).

Alors commence un nouveau stade qui semble être une préparation à la formation de spores. Il n'y a plus de nucléole; le noyau devient plus colorable; il perd peu à peu la netteté de ses contours et c'est principalement au point qu'il occupait, que se forment les spores.

La plasmodie, en deux jours, parcourt deux périodes : l'une végétative, dans laquelle elle est pourvue d'un nucléole; la seconde semble être celle de reproduction. C'est surtout au moment de la première que le sulfate de quinine paraît être efficace.

II. — Pour l'étude de ces organismes, Malachowski recommande un mélange d'éosine et de bleu de méthylène en solution aqueuse peu concentrée et additionnée de borax; les lamelles doivent y baigner vingt-quatre

heures environ. Le résultat de ses études ne confirme pas les faits avancés par Mannaberg. LEFLAIVE.

An epidemic of presumably malarial origine..., par E. S. DWIGHT (*N. York med. journ., p.* 33, 10 *janvier* 1891).

Pendant les quatre derniers mois de 1890, l'auteur a observé à Smyrna (Delaware) une trentaine de cas de congestion aiguë des reins compliquée d'endo-péricardite, probablement d'origine paludéenne.

Les prodromes étaient caractérisés par du malaise, de la pollakiurie, de la courbature, de l'insomnie. A la période d'état, faiblesse, céphalalgie, dyspnée, accélération du pouls (100 à 130°), symptômes d'endocardite ou de péricardite, ou des deux affections combinées; parfois de l'orthopnée. L'urine restait limpide et incolore, mais contenait une grande quantité d'albumine. Six malades ont accusé de vives douleurs vésicales, et deux fois seulement il y avait de la cystite. Une seule hématurie.

La fièvre n'a existé que dans sept cas, l'accès survenant l'après-midi, précédé de frissons et durant jusqu'au soir. T. 103° à 103°,5 F. Dans un cas mortel, 112° F. Deux fois, accès intermittents accompagnés de délire.

Pas d'anasarque, pas de manifestations articulaires.

Mort dans quatre cas. Durée variant de quelques jours à quelques semaines. Traitement : purgations diaphorétiques, sulfate de quinine.

L. GALLIARD.

L'anémie due à l'ankylostome, par Luigi MAZZOTTI (*Bull. delle Sc. Med. di Bologna*, 1891).

L'auteur relate quelques observations d'anémie due à l'ankylostome, recueillies à l'hôpital de Bologne, et résume les caractères le plus saillants de cette anémie : la peau présente une coloration spéciale difficile à décrire ; les forces sont notablement diminuées; les malades ressentent des faiblesses dans les membres inférieurs, ont des battements et de l'angoisse cardiaques ; tous sont abattus et mélancoliques. Pas de troubles digestifs ni d'hémorragies chez eux; cependant l'appétit était diminué parfois ou pouvait même manquer.

Le traitement qui a le mieux réussi à Mazzotti est l'usage du thymol (préconisé par Bizzozero), en cachets de 2 grammes, à la dose de 4 cachets par jour, pris à 2 heures d'intervalle l'un de l'autre, précédé ou suivi de l'administration d'un purgatif.

Un index bibliographique très complet de la question est annexé à ce travail. G. LYON.

Acétonémie cérébrale dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, par TALAMON (*La Médecine moderne*, 2 *avril* 1891).

Parmi les accidents nerveux qui peuvent survenir au cours d'une maladie aiguë fébrile, on peut en discerner et en diagnostiquer certains qui semblent devoir être attribués à l'intoxication acétonémique. Ces accidents acétonémiques peuvent revêtir la forme gastro-intestinale avec collapsus et somnolence, ou la forme délirante avec excitation et hallucinations; ils se caractérisent par l'odeur acétonique spéciale de l'ha-

leine et la réaction rouge rubis de l'urine au contact du perchlorure de fer. Dans le rhumatisme articulaire, cette acétonémie délirante peut simuler le rhumatisme cérébral, dont elle se distingue par l'absence de l'hyperthermie et par les caractères propres de l'urine et de l'haleine.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude du diabète traumatique, par Mlle BERNSTEIN-KOHAN (*Thèse de Paris*, 1891).

La diabète traumatique n'est pas une rareté, puisque Griesinger le signale vingt fois sur 225 diabétiques observés. Frerichs en cite 8 cas, Brouardel et Richardière 33 cas. Il résulte le plus souvent d'un traumatisme cranien (25 fois sur 45) portant surtout sur la région occipitale; il peut aussi succéder à un traumatisme de la colonne vertébrale (13 fois), des membres ou de l'abdomen. On l'a vu se développer à la suite d'une chute chez un enfant de 8 mois dont il causa la mort.

La symptomatologie n'offre rien de spécial si ce n'est peut-être une prédominance de complications nerveuses et des troubles psychiques. Il est assez souvent curable (14 fois sur 45) même au bout de plusieurs mois, d'un an et plus.

LEFLAIVE.

Report on cholera in Europe and in India, par E. SHAKESPEARE (*In*-4°, *Washington*, 1890).

L'auteur de cet important travail fut chargé en l'automne de 1885 par le gouvernement américain d'aller étudier sur place l'épidémie de choléra qui régnait alors dans diverses régions de l'Europe. Il s'est acquitté de cette tâche de la façon la plus consciencieuse; visitant successivement la Sicile, l'Espagne, le foyer le plus intense à ce moment, la France. Sh. se rendit ensuite dans les Indes pour y étudier la maladie dans ses points d'origine. Un an se passa à ces recherches qui touchent à tous les détails de la pathologie exotique; contagion, propagation, marche de l'épidémie, causes de son extension, de ses progrès, suivant les régions, les climats, étude bactériologique, étude clinique, thérapeutique, prophylaxie, rien n'a été oublié. Le lecteur trouvera dans ce rapport tous les documents relatifs à l'épidémie de 1885 et une foule de renseignements sur les épidémies antérieures. Il n'a pas fallu moins de quatre années pour coordonner toutes ces notes; ce délai ne paraîtra pas trop long quand on ouvrira ce volume de 900 pages in-4° avec 105 planches, dont 40 de photomicrographies, cartes, échelles statistiques, etc. Sh. ne s'est pas contenté, en effet, de rassembler les indications fournies par les médecins des régions qu'il visitait, il a étudié lui-même les conditions de vitalité du microbe, ses transformations, ses différents aspects et a pris soin d'exécuter personnellement les épreuves photographiques de ses préparations. Si l'on rapproche ce rapport de celui de Mac Clellan sur la marche du choléra aux Etats-Unis en 1875 (voy. *R. S. M.*, VIII, 164) on aura dans ces deux livres considérables l'histoire impartiale et complète des récentes épidémies.

A. CARTAZ.

Zur Frage der Blutbildung bei Leukämie (De l'hematopoïèse dans la leucémie par E. WERTHEIM (*Zeitsch. für Heilkunde, n°* 3, *p.* 281, 1891).

Dans la formation du sang chez l'embryon humain, les globules rouge

et blancs dérivent d'une même cellule-mère privée d'hémoglobine et se multipliant par karyomitose. Chez les leucémiques, on constate des faits qui corroborent cette manière de voir. Dans les cas de leucémie liéno-médullaire on voit dans le sang des figures karyokinétiques, et l'on y trouve toujours aussi plus ou moins de globules rouges pourvus de noyau. La leucémie ne consiste pas dans une anomalie du mode de l'hématopoïèse, mais dans une modification de son intensité : c'est une exagération d'un processus normal.

Voici comment on peut expliquer l'anémie qui accompagne la leucémie : Il y a exagération de formation de cellules-mères dans les organes hématopoïétiques; leur transformation en globules blancs et rouges ne se fait plus dans les proportions normales, c'est-à-dire qu'il se forme beaucoup trop de globules blancs. Il existe bien un nombre suffisant de globules rouges, et par conséquent au début il n'y a pas une véritable anémie. Ces globules rouges, de qualité inférieure, se détruisent rapidement; néanmoins, comme ils se reproduisent en aussi grand nombre qu'à l'état normal, on ne constate pas une diminution de leur nombre comme dans les anémies graves. LEFLAIVE.

I. — Beitrag zur Ætiologie der Pseudoleukämie, par BRENTANO et TANGL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 17, *p.* 588, 1891).

II. — Klinischer Beitrag zur Pseudoleucœmie, par L. WEBER (*Med. Monatsch. New-York*, *novembre* 1890).

I. — On considère d'habitude la tuberculose comme une complication de la pseudo-leucémie. Mais il y a des cas qui permettent d'assigner à la tuberculose un rôle important dans l'étiologie de la maladie ou de supposer que certaines formes de tuberculose ganglionnaires atténuée prennent le masque de la pseudo-leucémie.

Une femme de 57 ans offre des masses ganglionnaires volumineuses de toutes les régions : sus-claviculaire, axillaire, inguinale, etc. Elle a de l'hypertrophie splénique sans leucocytose. On diagnostique: pseudoleucémie.

A l'autopsie, on constate que tous les ganglions lymphatiques profonds sont hypertrophiés sauf les ganglions bronchiques. Les poumons ne présentent pas de tubercules récents, mais seulement deux foyers indurés d'ancienne date. Par contre, il y a deux ulcérations tuberculeuses incontestables dans l'intestin et des nodules tuberculeux sur le péritoine.

Quant aux ganglions lymphatiques, on n'y découvre aucun tubercule, aucun bacille ; mais leur substance inoculée aux cobayes détermine la tuberculose chez ces animaux. L. GALLIARD.

II. — Se basant sur neuf observations, l'auteur regarde comme vraisemblable l'origine infectieuse de la leucémie ; l'infection prendrait sa source dans les vaisseaux lymphatiques des voies respiratoires supérieures. En effet, le plus souvent, la maladie est précédée d'un catarrhe naso-pharyngien et bronchique. La guérison est survenue une fois à la suite de purgations et de sudations énergiques. LEFLAIVE.

Rheumatism and chorea as complications of scarlet fever, par J. CARSLAW (*Glasgow med. journ.*, *p.* 329, *mai* 1891).

A l'hôpital Belvédère, l'auteur a vu, de septembre 1888 à juillet 1890, 533 cas de scarlatine, sur lesquels 62 ont eu des complications articu-

laires ou cardiaques. 2 eurent des arthrites suppurées; restent 60 cas : 59 de rhumatisme et 1 de chorée et d'endocardite sans rhumatisme, soit 11 0/0.

Il y a prépondérance pour le sexe féminin: 13.5 0/0 contre 8 0/0.

La scarlatine la plus bénigne ne met pas à l'abri du rhumatisme. Celui-ci s'est montré, sur 62 cas, 5 fois à la fin de la 2e semaine, 13 fois du 9e au 13e jour, 43 fois vers le 8e jour et 34 fois entre le 5e et le 7e jour. Dans un cas, le rhumatisme débuta presque en même temps que la scarlatine.

Le pronostic est bon d'une manière générale : sur 7 morts, 2 fois le rhumatisme suppura, 3 fois la mort est imputable à la gravité de la scarlatine; il y eut une mort subite par embolie.

Sur les 60 cas de rhumatisme, 8 fois il y eut complication cardiaque, 1 fois péricardite et pleurésie, 4 fois endopéricardite, 3 fois endocardite seule. Trois fois il y eut de la chorée. P. DUFLOCQ.

Analysis of 1008 cases of scarlet fever, par CAIGER (*Lancet*, 6 *juin* 1891).

Caiger résume l'étude des 1008 cas de scarlatine observés en 1890 au Southwestern Fever Hospital de Londres. Le maximum des cas fut observé en septembre et octobre. La mortalité générale fut de 4,67 0/0. L'otite purulente fut la complication la plus fréquente. Elle se montra dans 125 cas, soit 12,9 0/0. Les enfants les plus jeunes furent particulièrement atteints ; la complication fut beaucoup plus précoce et beaucoup plus fréquente dans les formes graves. Trois fois seulement l'inflammation se propagea à l'apophyse mastoïde, mais sans déterminer ni pyohémie ni méningite. L'adénite des ganglions du cou fut observée dans 69 cas, abstraction faite des adénites accompagnant l'angine scarlatineuse. Les ganglions suppurèrent chez 17 des malades atteints.

La rhinite fut observée dans 58 cas. Elle coïncida fréquemment avec l'otorrhée et, comme elle, atteignit surtout les jeunes enfants. La rhinite précoce des premiers jours est un signe pronostique grave.

L'eczéma survint chez 32 malades occupant surtout les ailes du nez, la lèvre supérieure, le pourtour du pavillon de l'oreille.

L'albuminurie simple survient seulement dans 3,1 0/0 des cas, la néphrite dans 2,7 0/0 des cas. La stomatite ulcéreuse, le rhumatisme seraient aussi fréquents, 2,8 et 2,7 0/0. La conjonctivite survient chez 1,24 0/0 des malades observés. A.-F. PLICQUE.

Case of myxœdema, par STALKER (*Lancet, p.* 82. 10 *janvier* 1891).

Observation importante par deux points : 1° le myxœdème s'est trouvé associé à une iridochoroïdite chronique; 2° les accidents semblent consécutifs à une atrophie du corps thyroïde due à l'usage de l'iodure de potassium pris à hautes doses pendant plusieurs années. L'iodure fut prescrit tout d'abord pour les troubles oculaires. Il fut ensuite continué bien que n'amenant aucune amélioration. La connaissance de la possibilité du myxœdème à la suite de ces traitements prolongés offre comme contre-indication un grand intérêt. A.-F. PLICQUE.

Du tremblement héréditaire, par DEBOVE et RENAULT (*Soc. méd. des hôpitaux* 3 *juillet* 1891).

Les auteurs rapportent résumées les observations de trois personnes, grand'mère, fils, petite-fille, atteintes de tremblement dès l'enfance, et en reconstituant la généalogie de la famille, ils ont trouvé que les père et mère de la grand'mère tremblaient dès l'enfance, et que cette grand'-mère avait eu trois frères et sœur, également trembleurs, ainsi qu'un neveu fils de la sœur.

Dans une autre famille, ils ont trouvé un frère et une sœur trembleurs, et trois fils du frère.

Ce tremblement héréditaire se transmet aussi bien dans la ligne paternelle que dans la ligne maternelle; il débute dans l'enfance et augmente avec l'âge; c'est un tremblement à oscillations rapides (8 à 9 par seconde), nul au repos complet. Il peut atteindre les membres supérieurs, la paupière, la langue, les lèvres; il persiste sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. H. L.

Étude clinique sur les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, par GALLIARD (*Archives de médecine, mai et juin* 1891).

Les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, dues à l'action du bacille typhique, ne portent pas seulement sur le myocarde, sur les vaisseaux du cœur, sur l'endocarde et le péricarde. Elles correspondent encore à des lésions des centres de l'innervation cardiaque, des conducteurs nerveux et des ganglions nerveux intra-cardiaques. De plus, le cœur subissant l'influence des variations de la tension artérielle, qui est abaissée dans la fièvre typhoïde, certains phénomènes cardiaques sont dus à des déterminations du poison typhique sur les centres de l'innervation vaso-motrice. Les principaux troubles dus aux déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde sont : la mort subite, le collapsus, les intermittences et les irrégularités du cœur, les souffles cardiaques, etc.

Les médicaments à employer contre ces troubles cardiaques sont : la digitale, administrée à haute dose, suivant la méthode de Hirtz, les toniques généraux, l'ergot de seigle et l'ergotine. RICHARDIÈRE.

I. — Lipomes diffus multiples et symétriques, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 *juin* 1891).

II. — Note sur une variété de tumeur intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai, par POTAIN (*Ibidem*, 10 *juillet* 1891).

I. — Il s'agit d'un homme de 51 ans, de constitution arthritique, qui présentait de grosses masses graisseuses, disposées symétriquement, à la partie antérieure et supérieure du cou (2), derrière les apophyses mastoïdes (2), à la nuque (2), sur les parties antérieure et postérieure du tronc (6), à la partie déclive du scrotum (2), à chaque bras, un peu en dehors de l'aisselle (2). Il y en avait en tout 18. Le début du gonflement du cou remontait à 1875; le développement avait été lent et progressif. Toutes ces tumeurs avaient un volume variant de la mandarine à l'orange, étaient mal limitées, arrondies, de consistance molle, se déplaçant avec la peau. Bucquoy admet la parenté entre ces lipomes et les pseudo-lipomes; il insiste sur la symétrie si remarquable, comme preuve de l'origine trophonévrotique.

II. — Chez un vieillard arthritique on avait constaté l'existence de nombreuses petites tumeurs d'un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une petite pomme, toutes siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, arrondies, élastiques, ressemblant de tous points à des lipomes. A la suite d'un refroidissement il fut pris d'une vive douleur à la partie interne de la cuisse droite; le lendemain, au point même de la douleur se voyait une tumeur, grosse comme une orange, indolente, libre sous la peau, qui, 24 heures après, avait diminué de moitié. L'examen biopsique comparé montra dans la grosse tumeur des cellules adipeuses, volumineuses, serrées, pâles, claires; dans une tumeur ancienne, les mêmes cellules, plus petites, moins claires, brunâtres. Quelques mois après, le malade étant mort, on constata à l'autopsie que toutes ces tumeurs ne contenaient qu'un tissu lipomateux ordinaire. H. L.

Diphtheria, its natural history and prevention, par THORNE-THORNE (1 *vol.*, *Londres*, 1891).

Dans ces leçons, fort riches de documents statistiques, l'auteur étudie le développement progressif de la diphtérie en Angleterre, le taux graduellement élevé de la mortalité dans les villes. Il ressort de ses recherches qu'au fur et à mesure de l'amélioration des conditions sanitaires générales, on voit s'abaisser le chiffre des maladies zymotiques; mais, en revanche, grandir celui des décès par la diphtérie. La constitution du sol n'a, semble-t-il, aucune influence sur ce développement extensif; mais il n'en est pas de même des conditions météorologiques, de l'humidité des logements et de la rétention, à ce voisinage, des dépôts de matières premières organiques.

L'auteur reconnaît, comme dans les autres pays, la prédominance dans le bas âge, chez les filles; l'extension facilitée par le contact dans les écoles, le mauvais état de la gorge, les maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la rougeole. Enfin, il attribue nettement certains cas de contagion au lait provenant de vaches malades. Il termine ce remarquable travail sur l'histoire générale de la diphtérie par les moyens prophylactiques les plus propres à en assurer l'extinction. On trouvera sous forme d'appendice les documents publiés à ce sujet par l'office sanitaire anglais. A. CARTAZ.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Anatomie pathologique de l'endometrium, par F. D. SCHMAL (*Arch. de tocol. et de gyn.*, *mai-juin-juillet* 1891).

On a confondu à tort avec les lésions de l'endométrite l'hypertrophie diffuse de la muqueuse utérine, qui constitue une affection indépendante et n'a pas une origine inflammatoire.

C'est dans les fibromes utérins que l'on rencontre surtout l'hypertro-

phie de la muqueuse dans toutes les parties ne correspondant pas au corps fibreux; en ce dernier siège l'endométre est atrophié.

Les divers éléments constituants de la muqueuse contribuent en des mesures très diverses à la formation de l'hypertrophie sans que l'on soit en droit d'y distinguer des variétés diverses de la lésion.

Dans les fibromes, l'hypertrophie de la muqueuse porte au même degré sur le sroma et sur les glandes.

Les glandes sont augmentées de volume et présentent à la coupe des irrégularités en forme de scie. Les épithéliums n'ont pu garder leur disposition régulière; ils forment des saillies dans l'intérieur du canal de la glande. PORAK.

Hypertrophic elongation of the uterus upward into the abdominal cavity, occasioned by an intraligamentous ovarian cystoma (Elongation hypertrophique de l'utérus causée par un kyste ovarique intra-ligamentaire), par **W. FARR** (*Amer. Journ. obst., novembre* 1890).

C'est la relation d'un cas intéressant, qui fut opéré par Kelly. Il s'agissait d'une femme de 75 ans, qui avait vu depuis deux ans une tumeur se développer dans son ventre, au point d'acquérir un volume considérable. En pratiquant l'ovariotomie, on s'aperçut que le corps de l'utérus était tout entier compris dans le pédicule. En effet, le corps de l'utérus, très petit, de 3 centimètres de long sur 2 3/4 de large, était relié au col par une sorte de long et mince cordon qui longeait la surface du kyste du côté gauche, et avait 1 centimètre de largeur.

Ce cordon n'était autre qu'une partie de l'utérus lui-même, ayant subi par le développement du kyste une élongation et un amincissement considérables : l'utérus entier, ainsi allongé, mesurait 21 centimètres.

On ne put qu'à grand peine séparer cet utérus de la tumeur, et on dut enlever avec celle-ci le ligament large droit tout entier. La guérison fut parfaite. CH. MAYGRIER.

Beitrag zur Diagnose der Salpingo-oophoritis, par **S. MICHNOW** (*Centr. für Gyn.*, 9 *août* 1890).

Facile à diagnostiquer en général, la salpingo-ovarite peut cependant être confondue avec d'autres tumeurs dans certaines circonstances. Ainsi, on peut la prendre pour un kyste intra-ligamentaire, quand la portion dilatée de la trompe occupe la partie inférieure du ligament large ou est fixée par les adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. On peut encore croire à un kyste ovarique quand l'extrémité externe de la trompe est seule dilatée.

Lebedeff a constaté que les tumeurs salpingiennes peuvent subir des modifications notables pendant les règles. Au début de l'époque, la tumeur augmente; après l'époque, elle s'affaisse et peut même disparaître, au point qu'on ne trouve plus que quelques noyaux avec des brides et des adhérences. Si la salpingo-ovarite est double, une des tumeurs seule peut subir ces variations au moment des règles, l'autre restant à peu près identique; puis, à l'époque suivante, la tumeur restée sans changements présente à son tour les mêmes modifications.

C'est là un signe d'une grande valeur au point de vue du diagnostic. Lebedeff a pu, grâce à lui, affirmer la salpingo-ovarite dans un cas douteux. CH. MAYGRIER.

Pyosalpinx ouvert dans le rectum ; guérison rapide par la douche d'Hégar, par OZENNE (*Journ. de méd. Paris*, 1er *janvier* 1891).

Femme de 30 ans. Huit ans auparavant, accouchement par le forceps, suivi d'une métrite infectieuse et d'une salpingite suppurée, qui après ouverture dans le rectum, guérit au bout de trois mois. Six ans plus tard, fausse couche probable, suivie de nouveaux accidents de métrite et de suppuration pelvienne, qui se fait encore jour par le rectum. La palpation de la fosse iliaque gauche et le toucher vaginal font percevoir sur le côté gauche de l'utérus un gonflement douloureux et de consistance pâteuse, presque fluctuante; de plus, par le toucher rectal, on arrive à 8 ou 10 centimètres de l'anus sur une tuméfaction sensible, dont l'un des points offre une dépression irrégulière, au niveau de laquelle se trouve l'orifice fistuleux.

Pour s'assurer de l'existence certaine de ce trajet, une bougie conique en gomme est conduite jusqu'au niveau de la dépression, et, après quelques tâtonnements, elle pénètre dans une cavité, du liquide purulent sort par l'anus.

La bougie est alors remplacée par une sonde, calibre 16, et une injection boriquée est pratiquée dans la poche.

Le traitement suivant est institué : chaque jour, injections vaginales antiseptiques chaudes, douche rectale de 2 à 3 litres d'une solution boriquée, et lavage de la poche de l'abcès pelvien.

Comme moyens thérapeutiques adjuvants : application sur l'abdomen de pointes de feu, laxatifs et toniques suivant la nécessité.

Guérison complète en un mois. O.

Ueber mechanische und operative Behandlung... (Traitement mécanique et traitement chirurgical des déviations de l'utérus en arrière), par FEHLING (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 10, *p.* 298, 15 *mai* 1891).

Dans les cas invétérés où la réduction ne se maintient pas, avant d'en venir à l'hystéropexie, Fehling recourt au massage de l'utérus et de ses ligaments.

Les séances sont d'abord assez douloureuses, aussi ne doivent-elles pas durer au delà de trois minutes; plus tard, elles peuvent se prolonger jusqu'à 10 minutes. La durée du traitement varie de une à six semaines. Sur 20 cas rebelles traités de cette façon, 15 ont guéri définitivement; pour les 5 autres, Fehling s'est vu forcé d'en venir à l'hystéropexie, à laquelle, chez trois de ces opérées, il a dû joindre la castration. Pour fixer l'utérus à la paroi abdominale, Fehling a renoncé à la méthode d'Olshausen, en faveur de celle de Léopold (*R. S. M.*, XXXII, 543). J. B.

Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter (Traitement de la rétroflexion de l'utérus) ; par B. S. SCHULZE (*Samml. klin. Vortr.*, n° 24, 1891).

Dans les cas récents la réduction bimanuelle, le massage par la méthode de Thure-Brandt et l'application d'un pessaire en 8 de chiffre ou d'un tampon d'ouate salicylée suffisent. Mais il n'en est plus de même pour les cas anciens, invétérés ou immédiatement après la réduction l'utérus retourne à sa place grâce aux adhérences qui le fixent tantôt en arrière, tantôt en avant. Pour ces cas l'auteur préconise à nouveau son procédé,

assez ingénieux, mais connu depuis longtemps. Par le massage de Thure-Brandt on mobilise et on distend les adhérences. On fait ensuite la réduction bimanuelle ou même intra-utérine, et pour immobiliser l'utérus on introduit dans la cavité une tige métallique qui le tient droit, et dans le vagin un pessaire en 8 de chiffre ou un tampon imbibé d'une solution d'ichthyol. Une antisepsie exacte est de rigueur ; pendant l'opération la malade garde la position génu-pectorale. Ce traitement exige d'être continué pendant très longtemps. M. B.

Ueber die Vaginalfixatio Uteri, oder die Schücking'sche Vaginal-ligatur (De la **fixation vaginale de l'utérus ou ligature vaginale de Schücking**), par **ZWEIFEL** (*Centr. für Gyn.*, 27 *septembre* 1890).

Zweifel a apporté à l'opération de la fixation vaginale de Schücking pour la rétroversion et le prolapsus (voy. *R. S. M.*, XXXII, p. 543 et XXXVI, p. 159) des modifications qu'il résume ainsi :

1° Inciser transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin avec le thermo-cautère, attirer fortement le col en arrière et repousser la vessie en haut;

2° Séparer la vessie de l'utérus comme l'a indiqué Schücking : c'est-à-dire incliner l'utérus à droite avec l'aiguille courbe à pointe cachée de Schücking introduite dans sa cavité, et la vessie à gauche à l'aide d'une sonde ;

3° Diriger avec l'aiguille courbe le fond de l'utérus vers l'ouverture du cul-de-sac antérieur, pendant qu'un doigt de la main gauche refoule la vessie en haut, puis découvrir la pointe de l'aiguille et lui faire traverser la paroi utérine au-dessous du doigt : cette pointe traverse en même temps le cul-de-sac vaginal antérieur un peu au-dessus du point où il a été ouvert;

4° Au fil qui est amené ainsi dans le vagin, et qui est très mince, vu la finesse du chas de l'aiguille, on fait une boucle et on fixe un fil de soie double plus solide qu'on entraîne ensuite dans l'utérus avec l'aiguille retirée en sens inverse ;

5° Ce fil de soie traverse donc l'utérus et le cul-de-sac vaginal, et une de ses extrémités sort par le col tandis que l'autre pend dans le cul-de-sac. L'extrémité cervicale de ce fil est fixée sur le col à l'aide d'une petite plaque de plomb et d'un grain de plomb perforé. En tendant fortement l'autre bout du fil qui répond au cul-de-sac antérieur du vagin, on porte le col de l'utérus en arrière vers le sacrum, on redresse le corps et on l'amène en antéflexion ;

6° Finalement, le fil qui pend dans le cul-de-sac, bien tendu, est à son tour fixé sur une seconde plaque avec un grain de plomb perforé. On réunit ensuite transversalement l'ouverture pratiquée au cul-de-sac vaginal.

L'utérus se trouve ainsi solidement fixé en antéflexion ; le fil doit rester en place six semaines.

Zweifel a eu l'occasion de pratiquer cette opération sept fois avec succès. CH. MAYGRIER.

I. — Transperitoneal Hysterorrhaphy, par F. KRUG (*N. York med. journ.*, *p.* 11, 3 *janvier* 1891).

II. — A modification of hysterorraphy for chonic senile procidentia, par Leith NAPIER (*Brit. med. j.*, *p.* 516, 7 *mars* 1891).

I. — L'auteur propose un procédé de ventro-fixation utérine sans ouverture du péritoine.

L'opérée est préparée comme pour la laparotomie. Elle est placée dans la position de Trendelenburg (bassin élevé à 45°). Une sonde est introduite dans l'utérus, une autre dans la vessie vide; la lèvre antérieure du col est fixée à l'aide d'un tenaculum. L'assistant porte l'utérus en avant, contre le paroi abdominale, sans violence. On fait sur la ligne blanche une très courte incision : trois quarts de pouce, un pouce et demi quand la couche graisseuse est épaisse. On arrive jusqu'à la séreuse. On reconnaît le fond de l'utérus avec le doigt et on imprime quelques mouvements à l'organe. L'aiguille est introduite à travers la paroi abdominale, à un quart de pouce de l'angle de la plaie; on la dirige sur le corps de l'utérus qu'on traverse de façon à le saisir solidement et elle sort par un point correspondant de la paroi abdominale. Ligature avec la soie. Deux sutures suffisent généralement. Bouton aseptique avec deux trous pour éviter la section ultérieure des tissus. Pansement ordinaire.

L'opérée reste au lit de dix à quatorze jours. On ne retire les fils qu'après six semaines; à ce moment, l'utérus adhère solidement à la paroi.

L'auteur donne six observations dans lesquelles il n'a constaté ni élévation de température, ni complication d'aucun ordre. La vessie a toujours été respectée.

Il considère comme indispensable, pour le succès définitif, la dénudation d'un pouce carré environ à la surface de l'utérus; on peut l'effectuer à l'aide du dos de l'aiguille avant de traverser l'organe. L. GALLIARD.

II. — Voici l'opération que pratique Napier dans les cas de procidence utérine sénile.

L'utérus est mis en place dans le vagin, et à l'aide d'une sonde mousse, appliqué contre le péritoine abdominal. Une petite incision est faite sur la ligne médiane jusqu'au péritoine sans l'intéresser. Puis une fine aiguille courbe, à œil large, montée sur une longue tige, est introduite par le vagin, conduite à travers la paroi droite de l'utérus et ressort par le péritoine. L'aiguille sert à conduire un fil de soie ou d'argent solide qui fixe l'utérus. Cela fait, l'aiguille est réintroduite en sens inverse, de la paroi abdominale vers le vagin, puis désinfectée, replacée dans le vagin : elle retrouve l'utérus dans sa paroi gauche et ressort par le péritoine. Un second fil est appliqué de la même façon que le premier, de sorte que les anses se croisent dans la partie antérieure de la plaie abdominale, et que les chefs des fils ressortent dans le vagin. Ceux-ci servent à fixer de petits disques d'os décalcifiées qui s'appliquent exactement sur la portion cervicale de l'utérus et l'immobilisent. Le vagin est tamponné avec de la gaze au salol pendant quinze jours; la plaie abdominale suturée. La fonction de l'utérus est parfaite. H. R.

A new method of surgical treatment for certain forms of displacement of the uterus with adhesions, par A. Palmer DUDLEY (*Amer. Journ. of obst., décembre* 1890).

Palmer Dudley a pratiqué dans 6 cas l'hystérorraphie par les méthodes habituelles : les résultats ont été peu satisfaisants. Dans deux cas, où il a dû rouvrir le ventre quelque temps après l'opération, il a trouvé l'utérus détaché de la paroi abdominale, dont il était distant de plusieurs centimètres. Les anses intestinales plongeaient entre l'utérus et la paroi, et avaient contracté des adhérences solides.

Aussi, l'auteur propose-t-il une autre méthode opératoire, qui lui a réussi dans 4 cas. Après ouverture du ventre, recherche des trompes et des ovaires et libération des adhérences, l'utérus est attiré en avant par un aide. On excise alors avec les ciseaux sur la face antérieure de l'utérus un lambeau ovalaire de la couche péritonéale : puis deux lambeaux analogues de séreuse sont prélevés à la partie interne des ligaments ronds. Les trois surfaces cruentées ainsi obtenues sont rapprochées et réunies par une suture continue au catgut. La suture terminée, les deux ligaments ronds se trouvent raccourcis et ont pris la forme de deux 5 accolés.

Cette opération permet d'obtenir les résultats suivants : 1° les ligaments ronds sont raccourcis, tout en conservant leur intégrité ; 2° ces ligaments deviennent solidement adhérents à la face antérieure de l'utérus ; 3° l'utérus est maintenu dans sa situation normale sans être fixé à la paroi abdominale.

Trois femmes opérées par l'auteur ont été suivies depuis plus de six mois, et l'utérus conserve toujours sa bonne situation. CH. MAYGRIER.

Ueber die an derselben Person wiederholten Laparotomie (De la laparotomie répétée sur la même femme), par Desiderius von VELITS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XX*, 2).

Ce travail renferme un total de 135 cas, dont 7, provenant de la clinique de Tauffer, sont particulièrement décrits. Dans 56 cas, il s'agissait d'une nouvelle ovariotomie pratiquée pour enlever l'ovaire restant ; dans 14 cas, la laparotomie fut faite pour une récidive survenue soit dans des portions de tumeur non enlevées, soit dans le pédicule. 11 interventions furent nécessitées par une éventration consécutive, 7 par une salpingite blennorragique provenant d'une infection ultérieure, et 8 par les adhérences déterminant de vives douleurs. Dans 8 cas, la laparotomie fut faite pour la troisième fois ; dans un seul cas pour la cinquième fois.

La fréquence de la laparotomie faite pour la seconde fois est de 3.23 sur cent. La mortalité de la laparotomie répétée est de 19.09 0/0 ; mais elle s'élève à 26.15 0/0 quand il s'agit d'une maladie de l'ovaire laissé comme sain. Aussi, dans les cas où une tumeur d'un ovaire, est de nature maligne, Velits conseille-t-il d'enlever l'autre ovaire, même s'il paraît sain.

Relativement à la technique, l'auteur réprouve la résection de l'ovaire pour les mêmes raisons. Il recommande également, dans le cas de tumeurs intraligamentaires, de laisser dans le kyste une partie de son con-

tenu avant de l'énucléer, afin de pouvoir l'extraire plus facilement et sans en laisser quelques parcelles dans le ventre. CH. MAYGRIER.

Zwei Fälle von Ovarialabscess... (Deux cas d'abcès de l'ovaire), par R. SCHÆFFER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XX*, 2).

Au point de vue clinique, les abcès de l'ovaire se distinguent des exsudats paramétritiques par leur localisation bien circonscrite, et par l'absence d'extension aux organes voisins, particulièrement au vagin.

Le diagnostic différentiel d'avec la pyosalpingite est rendu souvent impossible par les adhérences. Un kyste de l'ovaire suppuré se distingue par son volume plus considérable.

Dans les deux cas rapportés par Schæffer le diagnostic ne put être établi avant la laparotomie. Le premier cas, où l'abcès était consécutif à un avortement, eut une issue favorable, bien que la femme fut presque mourante. Le second se termina par la mort de l'opérée.

Dans le premier cas, l'abcès resta intact, et il n'y eut au moment de l'opération qu'une petite quantité de pus qui se répandit dans le tissu cellulaire pelvien, où il fut immédiatement épongé avec de la gaze stérilisée. Dans le second cas, il y eut rupture de la collection purulente.

Le diagnostic anatomique fut établi ainsi: la présence de corps jaunes démontra d'abord qu'il s'agissait bien de l'ovaire; puis la preuve d'un abcès véritable fut donnée par le microscope qui fit reconnaître une paroi formée de tissu cellulaire jeune et l'absence de tout épithélium.

Dans les deux cas on put obtenir des cultures pures de streptocoques. Ce fait prouve la nécessité d'enlever les ovaires abcédés plus encore que les pyosalpingites dans lesquelles on n'observe qu'exceptionnellement la présence de streptocoques. CH. MAYGRIER.

The malarial element in oophoralgia, par H. C. COE (*Americ. j. of the med. sc., p.* 365, *avril* 1891).

Il s'agit d'une malade de 20 ans pour laquelle tous les traitements auraient tour à tour et scrupuleusement été essayés; rien n'avait pu amener de soulagement. On diagnostiqua congestion de l'ovaire de cause inconnue. Les douleurs étaient surtout vives le soir et s'accentuaient pendant toute la nuit jusqu'au matin et cela régulièrement. Quelques mois auparavant la malade avait eu une attaque de fièvre intermittente qui avait cédé rapidement au sulfate de quinine. Cet antécédent fit ordonner de nouveau du sulfate de quinine. Immédiatement la douleur disparut pour ne plus reparaître. Il semble donc légitime de considérer ce fait comme un exemple de névralgie paludéenne localisée au niveau de l'ovaire. F. VERCHÈRE.

Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire, par LARNAUDIE (*Thèse de Montpellier*, 1891).

Mémoire dans lequel se trouve reproduit le résumé de 114 cas de tumeurs solides de l'ovaire. D'après l'examen critique et l'histoire de ces faits, Larnaudie pose un certain nombre de conclusions dont nous extrayons les principales :

Doit être considérée comme tumeur solide de l'ovaire toute masse ovarienne de formation récente, composée exclusivement de parties solides ou dans laquelle ces parties sont en excès.

Assez fréquentes, fréquemment compliquées d'adhérences, ces tumeurs en se déplaçant peuvent entraîner un certain degré de torsion du pédicule, qui est le plus souvent court et large.

La douleur de l'épanchement péritonéal dû à la compression, à la péritonite chronique ou au produit de sécrétion dans les cas de néoplasmes végétants, est constante avec les tumeurs malignes, moins fréquente avec les tumeurs bénignes.

La nature maligne de la tumeur est ordinairement indiquée par une ascite précoce, abondante, rebelle, des douleurs vives, un état général mauvais.

Ces différentes tumeurs, dont les symptômes sont le plus souvent communs, dont le diagnostic est facilité par la paracentèse du péritoine, et dont la marche et la durée varient suivant la nature du néoplasme, sont justiciables d'un seul traitement, le traitement chirurgical.

On s'arrêtera le plus souvent à l'ovariotomie avec cautérisation et ligature intrapéritonéale du pédicule. On fera quelquefois l'incision exploratrice, l'ovariotomie incomplète. En présence d'une grossesse compliquée d'une tumeur solide, c'est pendant les trois premiers mois qu'il faut opérer.

Les résultats publiés sont favorables à l'intervention. OZENNE.

Hystérie convulsive depuis 20 ans ; salpyngectomie ; guérison, par E. LAMBOTTE (*La Clinique*, n° 45, 1891).

Femme de 43 ans, souffrant de la région ovarique depuis son dernier accouchement, il y a vingt ans, et ayant des crises nerveuses presque quotidiennes; aura ovarique, convulsions, vomissements, etc. Crises d'hystérie manifestes terminées par un écoulement séreux vaginal abondant.

On trouve dans le cul-de-sac postérieur vaginal, une tumeur rénitente. Règles irrégulières. Opération, ablation d'un volumineux hydro-salpynx. Trois mois après les crises n'étaient pas revenues. Les règles ont apparu à leur époque normale. A. C.

Die Resultate der aseptischen Laparotomie (Résultats des laparotomies aseptiques), par H. FRITSCH (*Cent. für Gyn.*, 19 *juillet* 1890).

Il s'agit de laparotomies faites suivant les règles de l'asepsie la plus rigoureuse, sans l'emploi d'aucun agent antiseptique.

52 opérations ont été pratiquées du 12 février au 4 juillet 1890, et se décomposent ainsi : 1 opération de Porro, 1 opération césarienne, 23 ovariotomies, 9 laparomyomotomies, 7 castrations, 3 opérations pour exsudats, 7 incisions exploratrices pour ascite, 1 opération de hernie abdominale.

Deux femmes moururent : l'une de vomissements, après castration, l'autre d'iléus, après laparomyomotomie.

Outre ces laparotomies, Fritsch a pratiqué 11 extirpations totales avec succès, et un grand nombre d'opérations pour fistules, prolapsus, de périnéoplasties et d'opérations d'Emmet. Toutefois dans ces dernières interventions, il ne s'en est pas tenu strictement à l'asepsie. C'est en effet pour les laparotomies qu'il a particulièrement constaté la supériorité de l'asepsie sur l'antisepsie.

La méthode a consisté simplement dans les mesures suivantes: nettoyage

de la peau de la patiente et des mains de l'opérateur, stérilisation par la vapeur d'eau des linges, éponges, instruments, emploi exclusif d'eau stérilisée. Jusqu'au moment du pansement la plaie n'est mise en contact avec aucun désinfectant chimique. CH. MAYGRIER.

Zur Frage über die Veränderungen der Ovarien bei Fibromyoma Uteri (**Modifications des ovaires dans les fibromyomes de l'utérus**), **par POPOW** (*Centr. für Gyn.*, 6 *décembre* 1890).

Quarante ovaires provenant de castrations faites chez des femmes atteintes de fibromes ont été observés avec soin, macroscopiquement et histologiquement, par Popow. Voici les résultats de ses recherches :

1° Dans les fibromyomes de l'utérus, les ovaires sont toujours plus ou moins altérés, soit à leur surface, soit dans leur tissu insterstitiel, soit dans leurs follicules.

2° Les altérations portent surtout sur le tissu interstitiel : il y a prolifération du tissu conjonctif et hypertrophie de l'ovaire.

3° Ce processus interstitiel est tantôt généralisé à toute la couche corticale de l'ovaire, tantôt localisé par places, tantôt, enfin, limité à la périphérie des vaisseaux et des nerfs ; dans ce dernier cas, il est caractérisé par l'épaississement des parois vasculaires avec diminution du calibre du vaisseau, et par celui du périnèvre avec atrophie consécutive des tubes nerveux.

4° Les follicules de de Graaf présentent des lésions de deux ordres : d'une part ils s'agrandissent d'une façon exagérée, ce qui transforme l'ovaire en un organe criblé de petites cavités (dégénérescence micro-kystique) ; d'autre part ils s'atrésient et disparaissent.

5° Le processus d'atrésie s'observe aussi dans la dégénérescence micro-kystique, et il en résulte de petites masses (*corpora albicantia*) de volumes différents, analogues à celles qu'on observe à la place des corps jaunes.

6° La destruction des follicules de de Graaf hypertrophiés, ou oophorite folliculaire, est la terminaison la plus fréquente des maladies de l'ovaire. La caractéristique de ces *corpora albicantia* est l'absence de cellules vitellines dans leur structure ; parfois on trouve dans leur épaisseur du pigment qui est la trace d'une hémorragie qui s'était faite dans la cavité du follicule. CH. MAYGRIER.

Zur Casuistik der Myomoperation, par S. ASCHER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XX*, 2).

Le travail d'Ascher repose sur 28 observations ; dans tous ces cas, la castration était impossible et l'électricité était restée inefficace. Les indications qu'il admet pour l'opération sont : la tendance à la sortie de la tumeur par les voies naturelles ; son augmentation rapide chez une femme jeune et sa dégénérescence gangreneuse.

Dans 10 cas, les myomes furent énucléés, et la perte de substance réunie avec des ligatures de soie disposées en étages ; le péritoine fut suturé avec du catgut : il y eut une mort par hémorragie.

Dans 15 cas, on pratiqua l'amputation supra-vaginale, 10 fois avec traitement intra-péritonéal du pédicule et 4 morts, 5 fois avec traitement extra-péritonéal et 2 morts. Des 4 premiers cas de mort, 3 eurent

lieu par hémorragie, 1 par embolie pulmonaire. Les deux autres morts furent causées, l'une par septicémie, l'autre par intoxication iodoformée.

Dans les 3 derniers cas, il s'agissait de tumeurs de mauvaise nature, deux fois de myomes kystiques dégénérés, une fois d'un enchondromyome ossifié : l'issue fut fatale. CH. MAYGRIER.

Étude sur les fibro-myomes fluctuants ou hydrorrhéiques de l'utérus, par BERTHAULT (*La Médecine moderne*, 30 *avril et* 7 *mai* 1891).

Cette variété de tumeur utérine est caractérisée par l'existence d'une tumeur abdominale fluctuante, de ménorragies et de métrorragies, par un écoulement intermittent de liquide hydrorrhéique et par un agrandissement considérable de la cavité utérine. Cet ensemble de caractères ne permet pas de la confondre avec les kystes tubo-ovariens ni avec les kystes de l'ovaire communiquant avec la cavité utérine. L'agrandissement de cette cavité est un signe des plus importants et des plus caractéristiques. Le traitement est le même que celui de tous les autres fibro-myomes utérins. GEORGES THIBIERGE.

Enucléation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale, par CHEVRIER d'Ottawa (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *avril* 1891).

Chevrier rapporte six observations d'énucléation de fibromes utérins uniques ou multiples par la voie abdominale et six observations d'hystérectomie supra-vaginale avec traitement variable du pédicule.

Le but de ce mémoire est de démontrer que, lorsqu'elle est possible, l'énucléation est supérieure à l'hystérectomie, non seulement au point de vue des résultats statistiques, mais aussi au point de vue des phénomènes immédiatement consécutifs à l'opération.

L'énucléation est souvent suivie d'une involution de l'utérus, capable d'agir heureusement sur la rétrocession de petits noyaux fibreux, ayant échappé à l'intervention.

L'ouverture possible de la cavité utérine ne semble pas constituer une grave complication.

A la suite de l'énucléation, les phénomènes post-opératoires immédiats sont favorables : calme parfait, pas de souffrances, pas de réactions nerveuses, minimum de séjour au lit, retour rapide à la vie ordinaire. Les phénomènes éloignés sont aussi favorables : intégrité des fonctions procréatrices, pas d'éventration.

L'énucléation est moins grave, elle donne une mortalité de 3 sur 30 cas, tandis que la mortalité de l'hystérectomie est de 23.5 0/0 à 25.5 0/0.

Elle n'est pas seulement supérieure à l'hystérectomie, mais encore à l'oophorectomie. Cependant, dans le cas de fibromes nombreux, il sera quelquefois utile d'enlever les ovaires après avoir énucléé les corps fibreux. PORAK.

Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus (l'endométrite cause de ces hémorragies) et leur traitement par le curetage, par BATUAUD *Thèse de Paris,* 1891).

Excellente étude clinique, dans laquelle Batuaud a eu pour but de don-

ner une description soigneuse des hémorragies qui accompagnent les tumeurs fibreuses de l'utérus, d'en élucider la pathogénie, liée à l'existence de l'endométrite, et d'en formuler le meilleur traitement.

Après avoir établi que les hémorragies sont symptomatiques de l'endométrite, glandulaire ou interglandulaire, complication habituelle des tumeurs fibreuses, l'auteur conseille, après échec du traitement médical et du traitement local non opératoire, de recourir au curetage de la cavité utérine, toutes les fois qu'il n'y a pas indication absolue d'ablation de la tumeur.

C'est un moyen facile et non dangereux de mettre fin aux pertes sanguines. Les suites immédiates sont en général excellentes, et la cessation de ces hémorragies peut persister de longues années, ainsi que le prouvent nombre d'observations.

Dans le cas où il y a récidive, le curetage répété peut être suivi de succès, surtout si la malade approche de l'époque de la ménopause.

L'intervention est encore utile comme moyen de préparation à la myomotomie, en arrêtant momentanément l'hémorragie et en permettant à la malade de reprendre ses forces. OZENNE.

De l'adénome de l'utérus, par Henry COE (*Americ. j. of the med. sc.*, p. 109, *août* 1891).

Le véritable adénome du corps utérin est essentiellement malin aussi bien anatomiquement que cliniquement ; anatomiquement parce qu'il infiltre profondément les tissus, et cliniquement parce qu'il récidive après l'ablation et prend les caractères de toute tumeur maligne.

Cet adénome malin n'est pas absolument identique à l'adéno-carcinome, mais il peut être regardé comme la première période de celui-ci, ayant beaucoup de caractères communs. La récidive rapide après l'ablation par le curetage de la tumeur intra-utérine qu'on ne peut histologiquement rattacher nettement aux tumeurs malignes, et dont le début est souvent fort éloigné, peut faire supposer qu'on a affaire à un adénome, surtout si l'on ajoute ce fait que la patiente, quoique étant à l'âge où le cancer est le plus commun, ne présente pas l'aspect cachectique caractéristique des cancéreux. F. VERCHÈRE.

Sarcomes de l'utérus, par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XVI*, *p.* 746, 1890).

Terrillon a observé 14 cas de sarcomes de l'utérus, qui peuvent être ainsi classés : 4 cas de sarcomes intra-utérins, ou portant surtout sur la muqueuse ; 4 cas de sarcomes gigantesques du fond de l'utérus ; 3 cas de sarcomes pédiculés, nés du fond de l'utérus et libres dans la cavité du bassin et de l'abdomen ; 3 cas de sarcomes volumineux contenant de vastes cavités remplies de sang ou de liquide sanguinolent, sarcomes kystiques.

Le sarcome utérin se présente sous deux formes distinctes, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique qu'au point de vue clinique : 1° sarcome de la muqueuse utérine ; 2° sarcome interstitiel, véritable tumeur du corps de l'utérus.

1° Terrillon décrit deux formes du sarcome de la muqueuse. Dans la

première, la muqueuse est épaissie, bosselée, et il existe en même temps une hypertrophie générale de l'organe, un épaississement des parois musculaires. La seconde forme est caractérisée au contraire par une ulcération irrégulière, anfractueuse, jaunâtre, d'où exsude une grande quantité de liquide séreux à peine sanguinolent.

2° Le sarcome interstitiel se présente aussi sous deux formes : sarcome interstitiel proprement dit, sarcome sous-péritonéal.

Enfin les sarcomes kystiques doivent former une classe spéciale au point de vue de l'anatomie pathologique et aussi de la symptomatologie.

L'âge des malades observés par Terrillon varie de 30 à 50 ans. Les sarcomes paraissent être plus fréquents chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

Le développement de ces tumeurs est particulièrement rapide. L'intégrité presque absolue de l'état général est un des caractères cliniques les plus remarquables de la maladie.

La survie est rarement de plus de deux ans. Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dépendre surtout des phénomènes de compression du côté du bassin ou de l'abdomen. Les troubles de la nutrition provoqués par la cachexie progressive peuvent aussi provoquer la mort.

Après l'ablation, la récidive est la règle; elle survient en général au bout de 6 à 8 mois; elle a mis deux ans à se produire, dans un des cas observés par Terrillon.

La récidive se fait dans le moignon, ou dans les organes voisins, ou bien, par généralisation, dans le poumon.

Le diagnostic du sarcome de la muqueuse est fort délicat.

Le seul traitement rationnel est l'ablation totale de l'organe malade.

C. WALTHER.

I. — Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien (Recherches sur la production des adhérences péritonéales après la laparotomie) par KELTERBORN (*Centr. für Gyn.*, 20 *décembre* 1890).

II. — Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von Adhäsionen in der Baüchhöle nach Laparotomien (Recherches expérimentales sur la production d'adhérences dans la cavité abdominale après la laparotomie), par THOMPSON (*Centr. für Gyn.*, 31 *janvier* 1891).

I. — D'après l'avis du professeur Küstner, des expériences ont été entreprises sur les animaux par Kelterborn, dans le but de rechercher les conditions qui favorisent la formation d'adhérences péritonéales après la laparotomie. Après avoir exposé les recherches analogues sur ce sujet faites par Sænger et Dembowski, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les desquamations épithéliales et les escarres du péritoine ne sont jamais, dans les cas sans complications, le point de départ d'adhérences.

Les ligatures laissées dans la cavité abdominale ne provoquent ordinairement pas d'adhérences; elles ont une grande tendance à s'enkyster.

La formation d'adhérences dans la cavité abdominale, après la laparotomie, le péritoine étant sain, dépend le plus habituellement de l'infec-

tion. L'emploi du thermocautère dans les laparotomies pour libérer les adhérences est parfaitement indiqué.

II. — Hermann Thompson a également expérimenté sur des chiens, des chats et des lapins pour résoudre la question de la production des adhérences péritonéales, et il arrive à des résultats un peu différents des précédents ; il les résume ainsi :

Les adhérences péritonéales et intestinales se produisent presque constamment, sans infection, après les laparotomies, comme à la suite des plaies musculaires pariétales, à la face interne de la paroi abdominale antérieure. Les sutures faites avec la soie sont les meilleures pour empêcher la production d'adhérences étendues.

Les plaies superficielles du péritoine guérissent sans adhérences.

Il est important d'interposer autant que possible l'épiploon entre la plaie abdominale et l'intestin, pour éviter les adhérences intestinales.

L'infection par l'air peut déterminer une péritonite septique après la laparotomie.

Les corps étrangers stériles (gaze, etc.) peuvent, s'ils ont un certain volume, provoquer la formation d'adhérences dans la cavité péritonéale. CH. MAYGRIER.

Die Indicationsstellung der vaginalen Totalextirpation, par SCHAUTA (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIX*, 1).

La principale indication de l'hystérectomie vaginale est et reste le cancer de l'utérus. La limite inférieure de cette indication, qu'il s'agisse d'un cancer du col ou du corps, est d'opérer dès que le diagnostic du néoplasme paraît certain. Dans tous les cas où l'opération radicale est possible, il faut rejeter l'amputation partielle. La limite supérieure des indications de l'extirpation totale est l'extension du cancer dans la profondeur, à un degré où il devient douteux qu'on puisse opérer dans des tissus sains. L'extension en surface, en haut ou en bas, même jusqu'à l'entrée du vagin, ne contre-indique pas l'opération; la participation de la vessie ou du rectum ne la contre-indique pas non plus par elle-même, mais par le degré de l'extension.

Pour diagnostiquer si l'infiltration du paramétrium est de nature inflammatoire ou cancéreuse, il faut examiner la femme sous le chloroforme, par le rectum; il faut aussi enlever des parcelles avec la curette et en faire l'examen.

L'hystérectomie vaginale est encore indiquée : 1° Dans le prolapsus, quand tous les autres traitements ont échoué, quand il y a atrophie sénile très marquée du plancher au bassin, quand des adhérences pelviennes rendent le déplacement irréductible, enfin quand il y a complication de myomes.

2° Dans les myomes, quand il existe des douleurs, des hémorragies, et que la tumeur n'est pas trop volumineuse.

3° Dans l'endométrite glandulaire, quand cette affection a résisté à des curettages répétés. CH. MAYGRIER.

Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie vaginale, par GOULLIOUD (*Lyon méd.*, 18 *octobre* 1891).

L'auteur est partisan de l'extirpation du pédicule après l'hystérectomie.

Il y trouve les avantages de supprimer la cavité cervicale, cause d'accidents septiques, d'avoir la cavité péritonéale largement drainée et dans le point le plus déclive, d'assurer même l'hémostase et de pouvoir faire la suture complète de la paroi.

Deux procédés permettent de réaliser cette hystérectomie complète : l'hystérectomie uniquement abdominale et l'hystérectomie abdominale avec extirpation vaginale du pédicule. Cette dernière a été pratiquée par Martin, Bouilly. Goullioud en publie une observation suivie de guérison. A. C.

Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, par PÉAN (*Gaz. des hôpit.*, 27 *juin* 1891).

L'auteur pose en principe que, toutes les fois qu'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes ne dépasse pas le volume d'une tête de fœtus à terme, il y a avantage à en faire l'ablation par la voie vaginale, de préférence à la voie abdominale. Telles doivent être traitées les tumeurs du col et du corps, soit par l'incision et le drainage si elles sont liquides, soit par le morcellement et l'extraction, quand elles sont solides, quels que soient le siège, la consistance et la nature.

Pour les tumeurs des trompes, il faut d'abord établir si les lésions sont uni- ou bilatérales. Dans le premier cas, alors que la tumeur est kystique, la voie vaginale est la plus souvent suffisante; dans le second on interviendra encore de la même façon en laissant on non l'utérus suivant l'étendue des lésions. Cette manière d'agir met à l'abri d'un certain nombre de complications qui apparaissent parfois à la suite des laparotomies.

Quant aux affections des ovaires et des ligaments larges (déplacements, tubercules, cancers, abcès, fibromes etc.), il est de tout intérêt de les traiter de bonne heure; dans la très grande majorité des cas la voie vaginale est indiquée comme le procédé opératoire devant faire courir moins de risques. OZENNE.

Du traitement médical et en particulier du curetage utérin et de leur influence sur les lésions des annexes, par BAZY (*Archives de médecine, juin et juillet* 1891).

Mémoire écrit pour réagir contre la tendance actuelle d'enlever les annexes de l'utérus dès qu'une salpingite occasionnant des douleurs un peu vives et nécessitant le repos prolongé a été diagnostiquée. L'auteur montre par des observations personnelles que le traitement médical et le curetage peuvent guérir des salpingites même volumineuses qui paraissaient justiciables de la laparotomie. RICHARDIÈRE.

I. — Anwendung des Lysol in der Gynäkologie und Geburtshilfe, par MICHELSEN (*Centr. f. Gyn.*, *n°* 1, 3 *janvier* 1891).

II. — Das Thiol bei Frauenkrankheiten (Le thiol en gynécologie), par GOTTSCHALK (*Cent. f. Gyn.*, 12, 1891).

I. — Le lysol, produit extrait de l'huile de goudron, est un nouvel antiseptique, appelé, d'après Michelsen, à rendre de très grands services en obstétrique et en gynécologie. C'est un liquide brunâtre, un peu

huileux, d'une odeur créosotée, qui, mélangé à l'eau, reste parfaitement clair. On l'emploie en solution aqueuse à la dose de 0.3 0/0 pour les pansements, lavages, injections. Pour la désinfection des mains et des instruments, on peut se servir d'une solution à 2 0/0.

Les quelques inconvénients du lysol, tels que sa consistance savonneuse, son action un peu irritante sur la peau et les muqueuses, sont rachetés par son extrême puissance antiseptique. De plus, la non-toxicité du lysol en fait un agent précieux dans les laparotomies. Michelsen a employé cet antiseptique dans douze laparotomies, et il en a retiré d'excellents effets.

II. — Gottschalk a employé pendant neuf mois le thiol dans les affections inflammatoires des organes génitaux de la femme, et les résultats qu'il en a obtenus l'engagent à en recommander l'emploi au corps médical. Le thiol est, relativement à son action, l'analogue de l'ichtyol, mais il a sur ce dernier l'avantage d'être absolument sans odeur.

L'auteur a traité des exsudats péri- et paramétritiques avec des tampons vaginaux imbibés d'une solution glycérinée de thiol à 10 ou 20 0/0; en même temps il faisait sur le ventre des frictions quotidiennes avec une pommade analogue, ce qui produisait sur la peau le même effet que la teinture d'iode. Il a vu disparaître ainsi en quelques semaines de gros exsudats.

Il a appliqué sur les érosions inflammatoires du col de la poudre de thiol maintenue avec un tampon de ouate, et la guérison a été très rapide.

Il a enfin employé des solutions de thiol pour faire le lavage de la cavité utérine dans l'endométrite; ce traitement n'est pas douloureux et lui a donné d'excellents résultats. CH. MAYGRIER.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tube (Contribution à l'anatomie pathologique de la trompe), par Th. LANDAU et J. RHEINSTEIN (*Archiv für Gyn., XXXIX*, 2).

Prolifération épithéliale et cancer de la trompe. — Dans une première observation, il s'agit d'une femme de 31 ans, ayant dans le bas-ventre une tumeur du volume du poing à droite de l'utérus, et une autre de la grosseur d'un œuf de poule à gauche, à laquelle Landau fit la laparotomie et enleva les deux trompes. L'opérée guérit. L'examen des pièces démontra l'existence d'une double pyosalpingite tuberculeuse. Au microscope, la couche musculaire de la paroi tubaire était le siège d'une infiltration tuberculeuse et d'une prolifération épithéliale abondante. Cette production épithéliale doit être considérée comme analogue à celle qu'on observe dans le lupus, et non comme étant de nature cancéreuse.

Un deuxième fait a trait à un cas extrêmement rare de carcinome primiti de la trompe. Femme de 46 ans, mariée depuis 17 ans, sans enfants; malade depuis 2 ans, elle souffrait de douleurs vives dans le bas-ventre, surtout à gauche; en ce point on trouvait une tumeur grosse comme le poing, arrondie, élastique. Après laparotomie et ablation des trompes, la femme qui était presque cachectique recouvra assez rapidement la santé. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un cancer de la muqueuse tubaire en voie de destruction; l'utérus, l'ovaire et le péritoine étaient sains, et l'affection uniquement limitée à la trompe.

Diverticules de la trompe.— Chez une femme de 34 ans à laquelle Landau avait fait l'ablation d'un kyste ovarique multiloculaire, les auteurs trou-

vèrent dans la trompe une disposition anatomique des plus intéressantes. La trompe très bien conformée présentait à la partie moyenne de l'isthme un diverticule partant de la muqueuse et s'enfonçant profondément dans la paroi de l'organe. En l'absence de toute lésion inflammatoire, ce diverticule ne pouvait être considéré que comme une anomalie d'origine congénitale. L'existence de pareils diverticules doit entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la grossesse tubaire. CH. MAYGRIER.

Ueber alte Erstgebärende... (Des primipares âgées et de l'influence de l'antisepsie sur leur mortalité), par ERDMANN (*Arch. f. Gyn., XXXIX*, 1).

Les recherches d'Erdmann ont porté sur 535 primipares âgées, en comprenant sous ce nom les femmes de 27 ans et au delà. En relevant avec soin toutes les particularités relatives à la vie génitale de ces femmes, il est arrivé aux conclusions qui suivent :

Chez toutes ces primipares âgées, la menstruation est apparue tardivement, par suite d'anémie, ce qui peut expliquer leur fécondation tardive. Elles ont une constitution plus faible que les jeunes primipares. Le nombre des bassins viciés augmente avec l'âge des primipares. Une des principales manifestations de l'âge est la rigidité des parties molles qui est une cause de déchirures du périnée plus fréquentes chez les primipares âgées, et oblige à pratiquer plus souvent chez elles des incisions préventives.

Les œdèmes, les vomissements ne s'observent pas plus spécialement chez les primipares âgées, mais l'éclampsie augmente de fréquence avec l'âge. Le nombre des mauvaises présentations croît avec l'âge, ce qui dépend surtout de la configuration du bassin. La durée de l'accouchement est plus longue, et les contractions utérines sont plus souvent anormales chez les primipares âgées. Les interventions sont aussi plus fréquentes. La mortalité des primipares âgées s'abaisse avec la pratique de l'antisepsie ; celle de leurs enfants diminue avec l'emploi des incisions cervicales et périnéo-vaginales de Dührrsen. La syphilis est une cause fréquente d'avortement et de mortalité des enfants chez les primipares âgées. L'involution utérine se fait plus tardivement avec l'âge. Les accidents fébriles ne sont pas plus fréquents pendant les suites de couches chez les primipares âgées, grâce à l'antisepsie. CH. MAYGRIER.

The utero-vaginal angle and its influence on the mechanism of labor (L'angle utéro-vaginal et son action sur le mécanisme de l'accouchement), par J. C. RUTHERFORD (*Amer. Journ. of obst., décembre* 1890).

A l'instar de Fabbri, Sabatier, Boissard, Varnier, Rutherford s'efforce de démontrer que les parties molles du plancher pelvien ne forment pas, pendant l'accouchement, un canal dont la direction se continue avec celle de la filière pelvienne suivant une courbe parabolique. Pour lui, l'utérus et le vagin forment un canal musculaire coudé au niveau de la troisième vertèbre sacrée suivant un angle de 95°. C'est à cet angle utéro-vaginal que l'auteur fait jouer un rôle capital dans le mécanisme de l'accouchement.

La tête, placée suivant le diamètre transverse, descend en ligne droite, suivant l'axe de l'utérus, jusqu'au plancher pelvien, où, sous l'influence du releveur de l'anus, elle tourne pour se placer dans le diamètre antéro-

postérieur. En ce point, elle rencontre l'angle utéro-vaginal et ne peut plus progresser en bas. Alors commence l'ampliation du périnée ; l'occiput éprouve, au niveau de l'angle utéro-vaginal, une pression qui le pousse en avant vers la symphyse pubienne : la tête se dégage ainsi par un mouvement d'extension.

Les épaules accomplissent les mêmes mouvements : elles s'engagent jusqu'au plancher, tournent et se dirigent en avant pour se dégager : le tronc du fœtus se trouve ainsi incurvé latéralement ; les hanches se dégagent à leur tour par le même mécanisme. CH. MAYGRIER.

Bacteriologische Begründung der Selbstinfection (Preuve bactériologique de l'auto-infection), par STEFFECK (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XX*, 2).

Steffeck a cherché à prouver expérimentalement l'auto-infection. Après avoir recueilli la sécrétion vaginale des femmes qui n'avaient subi aucun examen et s'être assuré microscopiquement de la nature des micro-organismes qu'elle contenait, il injecta cette sécrétion diluée à des lapins, et en fit également des cultures pures sur l'agar.

Avec le pus des abcès, le sang et le suc des organes malades de ces animaux, il fit de nouveau, d'une part, des injections à d'autres lapins ; d'autre part, des cultures pures.

Il fit ainsi 29 expériences. 12 donnèrent un résultat positif, c'est-à-dire que dans 7 cas il y eut formation d'abcès, et dans 5 autres infection générale et mort de l'animal. Il constata la présence du staphylococcus pyogenes albus (9 fois) et aureus (3 fois), aussi du streptococcus pyogenes (1 fois). Dans les 17 cas négatifs, il ne trouva aucun de ces microbes. Quant aux cultures pures préparées avec les organes et le sang des animaux malades, elles renfermaient les mêmes microbes.

Comme contrôle, les mêmes expériences furent refaites avec des sécrétions stérilisées : le résultat fut entièrement négatif.

Steffeck se considère comme autorisé à conclure que les staphylocoques et les streptocoques du canal génital peuvent produire l'infection puerpérale par la voie de l'auto-infection.

Ainsi se trouve justifiée la nécessité de la désinfection prophylactique. L'auteur s'appuie, en outre, sur les résultats obtenus à la clinique de Dorpat et à celle de Würzbourg.

A Dorpat, sur 290 accouchements faits avec désinfection, il y a eu 7.2 0/0 de morbidité. A Würzbourg, en 1889, 139 accouchements pratiqués avec désinfection, du 1er janvier à la fin d'août, ont donné 19.4 0/0 de morbidité ; 239 accouchements avec désinfection, de mai à décembre, n'ont plus fourni que 5.9 0/0 de morbidité. En 1890, sur 200 accouchements, la morbidité a été de 7.5 0/0. CH. MAYGRIER.

Le palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (Palper mensurateur), par LE CUDENNEC (*Thèse de Paris*, 1891).

Müller de Berne, Brühl, Pinard, ont déjà attiré l'attention sur ce mode d'apprécier le rapport entre le volume de la tête fœtale et l'aire du détroit supérieur. Le procédé consiste à appliquer fortement la tête fœtale contre le promontoire dans la direction du détroit supérieur et d'apprécier si

le diamètre bi-pariétal dépasse le bord supérieur de la symphyse du pubis. La réplétion de la vessie et du rectum, l'insertion vicieuse du placenta, peuvent gêner cette manœuvre. D'après l'auteur, elle doit remplacer tous les autres procédés conseillés pour mesurer la tête fœtale. Elle seule peut fournir les indications sérieuses du moment où on doit provoquer l'accouchement prématuré. PORAK.

Des nourrices enceintes. Influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent, par POIRIER (*Thèse de Paris*, 1891).

Chez 51 nourrices devenues enceintes, 37 fois la composition du lait ne semble pas avoir été modifiée jusqu'au quatrième, cinquième et même sixième mois de gestation, car le nourrisson continua à s'accroître régulièrement et n'éprouva aucun accident du côté du tube digestif; — 10 fois il y eut perturbation grave dans l'état de santé de l'enfant et la mère fut obligée d'effectuer le sevrage; — 4 fois les résultats furent douteux. PORAK.

Contribution à l'étude de la pathologie des suites de couches dans les pays paludéens, par ABELIN (*Arch. de tocol. et de gyn., janvier-février-mars* 1891).

Tandis que la plupart des travaux faits sur cette question sont basés sur les observations éparses dans les recueils scientifiques, les recherches de l'auteur tirent leur origine de l'intégralité des faits observés à l'hôpital de Rochefort. Ils n'ont donc la prétention que d'indiquer l'état de choses dans une localité déterminée, où les manifestations paludéennes sont ordinairement assez bénignes.

C'est ainsi que sur 250 accouchements on a relevé les troubles paludiques chez 37 femmes après l'accouchement, chez lesquelles se sont produits des accidents 16 fois pendant la grossesse et 9 fois pendant l'accouchement.

Le poids des enfants des mères impaludées (3005^{gr}) est inférieur à celui des mères non intoxiquées (3287^{gr}). L'influence sur la durée du travail paraît nulle.

A la Maternité de Rochefort, les nouvelles accouchées semblent présenter au pouls une fréquence plus grande que dans les suites normales de couches. Il n'existe pas de modification du côté de la température, ni du côté de l'involution utérine.

L'influence manifeste de l'impaludisme aigu ou chronique sur les hémorragies de la délivrance et, *post partum*, sur la persistance de l'écoulement sanguin et sur l'abondance des lochies sanguinolentes pendant les couches est assez difficile à expliquer.

L'accouchement suspend, mais pas constamment, l'apparition des accès, et il est bien certain que les couches les réveillent avec une assez grande fréquence ou en provoquent les premières manifestations. La date de l'apparition du premier accès pendant les suites de couches est assez variable, il y a une prédominance en faveur du troisième jour. Cette prédominance n'est pas aussi considérable que le veulent certains auteurs.

Les manifestations paludiques pendant les suites de couches ne paraissent pas plus graves qu'en dehors de la puerpéralité et ne constituent pas une complication sérieuse des couches. PORAK.

Etude clinique et expérimentale de l'époque la plus favorable à la fécondation de la femme et de la vitalité des spermatozoïdes séjournant dans le nidus seminis, par BOSSI (*Nouv. Arch. d'obt. et de gyn., avril* 1891).

C'est quelque temps après la menstruation qu'existent les plus grandes chances de fécondation. Sur 27 cas, six fois seulement la fécondation eut lieu avant la menstruation, vingt et une fois quelques jours après qu'elle avait cessé.

A la suite de la fécondation artificielle, une seule fois le résultat a été favorable lorsqu'elle a été pratiquée un jour avant la menstruation; tandis que cinq fois il fut heureux lorsqu'elle a été pratiquée le jour qui suivit les règles, une fois deux jours après, une dernière fois trois jours après. Deux fois le résultat fut nul quoique l'opération fût tentée à diverses époques, aussi bien avant qu'après l'époque des règles.

Les spermatozoïdes jouissent d'ailleurs d'une vitalité énergique. Sur huit cas où le rapport avait eu lieu avant les règles, une seule fois, il est vrai, on en retrouva quelques-uns vivants après la menstruation. Sur douze cas où les spermatozoïdes furent déposés dans le nidus seminis après la période menstruelle, quatre fois ils succombèrent rapidement, mais huit fois on put les recueillir vivants 3, 10, 11, 15 et 17 jours après.

Cette vitalité des spermatozoïdes a une importance légale sérieuse pour la fixation du moment de l'accouchement après le rapport.

On conçoit qu'en ajoutant 17 jours aux 285 jours admis par quelques auteurs comme durée de la grossesse on dépasse le terme de 300 jours accordés par la loi, comme en constituant la durée la plus longue.

PORAK.

Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta, par ZENTLER (*Thèse de Paris*, 1891).

Accouchements normaux.

Accouchements à terme	d'enfants pesant en moy.			Le placenta pesait en moy.	
Sur 103	2,000 à	2,500	grammes.	450	grammes
304	2,500	3,000	—	479	—
402	3,000	3,500	—	546	—
150	3,500	4,000	—	590	—
35	4,000	4,500	—	613	—
4	plus de	4,500	—	790	—

Accouchements avant terme.

Accouchements avant terme.	Poids des enfants moy.		Poids du placenta moy.	
Sur 80	1,778	grammes	454	grammes.
30 avort. du 4e au 6e mois.	720	—	261	—
20 avort. du 6e au 7e mois.	1,263	—	303	—

Accouchements de fœtus morts et macérés.

Chez	3	enfants pesant en moy.	3,173 gr.	Le placenta pesait	586	gr.
—	7	—	2,791	—	560	
—	11	—	2,301	—	497	
—	13	enfants avant terme.	1,721	—	472	
—	7	—	1,262	—	284	
—	15	—	740	—	267	

L'auteur confirme les recherches de Correa Dias sur le poids des enfants syphilitiques.

Le poids du placenta est donc d'autant plus lourd que l'enfant pèse davantage. L'albuminurie et la mort-macération des nouveau-nés altèrent gravement le placenta dans ses caractères et dans son volume.

PORAK.

De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis, par Correa DIAS (*Thèse de Paris*, 1891).

L'accouchement chez les syphilitiques a donné les résultats suivants :

Chez 34 femmes à terme, ayant eu des enfants presque tous vivants, pesant en moyenne 2,919 grammes, le placenta ne pesait en moyenne que 631 grammes, soit moins du quart du poids des nouveau-nés.

18 femmes dans le neuvième mois ayant des enfants presque tous vivants du poids moyen 2,312 grammes avaient un placenta en moyenne de 603 grammes, soit le quart à peu près du poids des nouveau-nés.

21 femmes du septième au huitième mois ayant des enfants presque tous morts, pesant en moyenne 1,547 grammes, avaient un placenta en moyenne de 632 grammes, soit plus du tiers du poids des nouveau-nés.

Le placenta syphilitique est donc considérablement hypertrophié ; il est plus pâle, mou, friable. PORAK.

Grossesse molaire et albuminurie, par SCHUHL (*Arch. de tocol. et de gyn.*, *juin* 1891).

Il y a un rapport de causalité entre l'albuminurie et le môle hydatiforme. Sur 132 cas de grossesse molaire publiés depuis 1870, 14 fois on a constaté l'albuminurie, ce qui donne un proportion de 10.60 0/0. La fréquence de l'albuminurie est en général de 1/20. Mais si l'on considère que la grossesse molaire n'est observée qu'au début de la grossesse. on peut diminuer dans une notable proportion cette fréquence de l'albuminurie, qui est surtout notée à la fin de la grossesse. Il faut de plus faire observer que sur les 132 observations de grossesses molaires l'examen de l'urine semble avoir été pratiqué d'une façon exceptionnelle.

PORAK.

De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête, par COUDER (*Thèse de Paris*, 1890, *et Arch. de tocol. et de gyn.*, *juillet* 1891).

Tandis que la circonférence sous-occipito-frontale de la tête du fœtus moyen, à terme, mesure en moyenne 0m,325, la circonférence bideltoïdienne mesure 0m,335 et la circonférence bicubitale 0m,356. On s'explique donc que la déchirure du périnée, produite au moment du passage de la tête, soit augmentée au moment du passage des épaules et du tronc. Si l'on mesure la circonférence du tronc de l'ouverture deltoïdienne à l'aisselle au côté opposé, on ne trouve plus que 0m,315, et celle du coude d'un côté à la paroi thoracique opposée, si le bras longe le bord du corps, 0m,33 ; si le bras est ramené en avant du thorax, 0m,322. Ces mensurations sont inférieures ou très peu supérieures à la circonférence sous-occipito-bregmatique. Il s'ensuit que lorsqu'une main appa-

raîtra à la vulve il faudra la dégager de façon à diminuer la circonférence bideltoïdienne ou la circonférence bicubitale. Cela sera toujours facile en dirigeant la main qui se présente dans la direction de la clavicule opposée. Si la main ne se présente pas à la vulve, il faudra abaisser fortement la tête en engageant la femme à pousser. L'épaule postérieure remonte alors, tandis que l'épaule antérieure s'abaisse. Les diamètres qui s'offrent successivement à la vulve appartiennent aux circonférences cervico-deltoïdienne, cervico-humérale et cervico-cubitale la plus grande, qui ne mesure que $0^{m},30$. On dégage alors le bras antérieur, puis on extrait le tronc. La plus grande circonférence représentée par le tronc étant inférieure à la circonférence sous-occipito-bregmatique, on ne s'expose pas à produire une déchirure du périnée ou à augmenter celle qui aurait été produite antérieurement au passage de la tête. PORAK.

Cephalic version previous to labor for breech presentations (Versions céphaliques dans les présentations du siège), par G. R. SOUTHWICK (*Amer. Journ. of obst., octobre* 1890).

Le mémoire de Southwick se résume dans les considérations suivantes : toutes les femmes enceintes doivent être soigneusement examinées, autant que possible, une quinzaine avant l'époque présumée de l'accouchement. — Si l'enfant, se présentant par le siège, est petit, si la mère est multipare avec un bassin large et les parties molles souples, le pronostic est favorable pour la mère et l'enfant, et l'on peut abandonner le cas à la nature en se bornant à une grande surveillance pendant le travail. — Si l'enfant paraît peser sept livres ou plus, si la mère est primipare, si le bassin n'est pas plus grand que d'ordinaire, si les parties molles sont résistantes, il y a lieu de pratiquer la version céphalique avant le début du travail. — Les rétrécissements du bassin contre-indiquent cette opération. — Il serait peut-être possible de transformer par la version les positions occipito-postérieures en antérieures avant l'accouchement.

Quant à la version elle-même, elle devra être pratiquée quinze jours environ avant le terme ; on aura recours à des manœuvres combinées, abdominales et vaginales, en ayant soin que le doigt introduit dans le vagin ne pénètre pas dans le col, mais agisse à travers le segment inférieur. Deux tampons placés de chaque côté du ventre et fixés par un bandage suffiront à maintenir la présentation ; au bout d'un ou deux jours, cette fixation ne sera plus nécessaire. CH. MAYGRIER.

I. — Contribution à l'étude de la technique de l'accouchement prématuré artificiel, par GRINDA (*Thèse de Paris*, 1891).

II. — De la dilatation artificielle du col dans l'accouchement, l'écarteur utérin Tarnier, par BONNAIRE (*Arch. de tocol., octobre* 1891).

I. — L'auteur fait l'étude des divers moyens conseillés pour provoquer le travail et donne en particulier la relation de quelqnes observations inédites concernant le procédé de Treub. Mais le but de sa thèse est de préconiser le procédé employé par Tarnier. Il consiste, après avoir obtenu un commencement de dilatation du col à l'aide du ballon que Tarnier a indiqué, de favoriser la continuation du travail à l'aide d'un

instrument récemment décrit sous le nom « d'écarteur du col ». L'écarteur utérin est un agent auxiliaire, particulièrement indiqué quand les contractions utérines sont faibles ou espacées, pour éviter à la parturiente la prolongation de la période de la dilatation; — quand l'utérus, après être débarrassé du ballon, cesse de se contracter; — dans tous les cas où il est indiqué d'accélérer la marche du travail; — on peut d'ailleurs avoir recours d'emblée à l'introduction de l'écarteur utérin comme agent provocateur du travail chez les multipares à col souple, largement perméable; — dans tous les cas où il est indiqué de hâter l'accouchement.

II. — Bonnaire étudie le même sujet et discute les conditions d'application de l'écarteur, ses avantages. PORAK.

Zur Therapie und Aetiologie der Placenta prævia, par A. SACK (*Centr. f. Gyn.* 25 *octobre* 1890).

Une femme multipare, de 41 ans, arrivée à la fin de sa huitième grossesse, est prise d'une hémorragie profuse, en ayant eu une autre quinze jours auparavant. Sack, appelé, constate une grossesse compliquée d'hydramnios; le sommet se présente, mais très élevé; il y a en outre insertion vicieuse latérale du placenta. Arrêtée par un tamponnement, l'hémorragie ne tarde pas à se reproduire; le travail se déclare, mais marche très lentement. Sack, après avoir hésité entre la version mixte avec entraînement d'un pied et la perforation pure et simple des membranes, se décide à ce dernier moyen.

Une quantité énorme de liquide s'écoule, et la tête s'abaisse; on sent par le toucher un lambeau de placenta décollé. La perte s'arrête, mais elle reparaît bientôt très abondante. Le col n'étant pas suffisamment dilaté pour qu'on puisse terminer l'accouchement, on fait alors un nouveau tamponnement. Cette fois l'hémorragie cesse complètement, et trois heures plus tard la femme accouche d'un gros enfant, en état d'asphyxie, qu'on n'a pu ranimer.

L'examen du délivre a montré qu'il s'agissait d'un placenta succenturié, et que c'est une masse accessoire, de la largeur d'une paume de main, qui était insérée sur le segment inférieur, et dont le décollement avait amené des hémorragies successives. La mère se rétablit bien.

L'auteur fait remarquer qu'en pareil cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a placenta prævia latéral avec présentation du sommet, il est préférable d'employer comme il l'a fait la méthode de Seyfert, plutôt que celle de l'Ecole de Berlin. Cette dernière doit être réservée aux cas où le col est largement perméable, aux insertions centrales et aux présentations de l'épaule avec placenta prævia latéral.

En outre l'observation précédente confirme les vues de Sænger, Küstner... sur la pathogénie de l'insertion vicieuse : le placenta prævia et en particulier le placenta succenturié dépendent de processus inflammatoires de la caduque et consécutivement de lésions du placenta lui-même (kystes, noyaux indurés), comme aussi du volume anormal du délivre.

CH. MAYGRIER.

Aussere Wendung bei zweiten Zwilling (Version par manœuvres externes sur le second jumeau), par BROSIN (*Centr. für Gyn.*, 6 *septembre* 1890).

Quelle conduite faut-il tenir dans un accouchement gémellaire, lorsque, après la sortie du premier jumeau, le second se présente par l'épaule? Le plus souvent, c'est à la version par manœuvres internes qu'on a recours. Brosin pense qu'il y a de grands avantages à faire au contraire

la version par manœuvres externes. Quand la poche des eaux est intacte et le bassin normal, cette opération est toujours facile ; on peut même la tenter encore quand les membranes sont rompues, si les contractions ne sont pas trop énergiques, et si l'épaule n'est pas trop engagée. Par cette méthode, on se met à l'abri de tout danger d'infection.

Assistant d'Olshausen, l'auteur a, de 1876 à 1888, dirigé 37 accouchements gémellaires. Le second fœtus s'est présenté 12 fois transversalement; dans 2 cas, l'accouchement ayant lieu prématurément, il y eut évolution spontanée.

Restent 10 cas dans lesquels la version par maœuvres externes fut pratiquée 6 fois avec succès; elle échoua une fois; les 3 autres accouchements furent terminés par la version interne, la poche des eaux étant rompue et l'épaule descendue dans l'excavation. Dans les 6 versions externes, les enfants naquirent vivants; l'opération fut faite 15, 20, 25 minutes, 1 heure et 2 heures après la naissance du premier enfant. CH. MAYGRIER.

De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie, par DREUMONT (*Thèse de Paris*, 1891).

Sur 1,000 accouchements à terme à la clinique d'accouchements, l'auteur a trouvé que 271 fois la tête fœtale mesurait un centimètre en moins que les dimensions classiques attribuées à la tête d'un fœtus à terme. Dans 225 cas l'accouchement fut normal, mais 46 fois il présenta quelques anomalies, soit dans une proportion de 4.6 0/0.

Ces anomalies sont caractérisées par le défaut de flexion de la tête par une véritable présentation frontale, et dans l'excavation du bassin par la transformation d'une présentation du sommet et d'une présentation de la face et réciproquement par l'inclinaison de la tête sur un des pariétaux, qui aboutissent à un ralentisement de travail et à l'indication d'une intervention. D'autre part, le passage rapide de la tête au détroit inférieur expose le périnée à des ruptures plus fréquentes et plus étendues et dans quelques cas assez rares à la perforation centrale. Certains anencéphales ont des épaules quelquefois assez larges pour que leur passage soit rendu plus difficile. La complication peut-être la plus fréquemment observée appartient à la procidence du cordon ou des membres. Enfin, il est possible que dans la grossesse gémellaire quelques anomalies de l'accouchement puissent encore s'expliquer par la petitesse de la tête de l'enfant qui se présente. PORAK.

I. — Dystocie par accidents syphilitiques du col, par MESNARD (*Arch. de tocol. et de gyn., janvier* 1891).

II. — Rigidité syphilitique du col, par E. BLANC (*Ibidem, avril* 1891).

I. — Primipare, 32 ans, atteinte de syphilides papuleuses du col de l'utérus, présente un ralentissement du travail, causé par la rigidité du col, qui nécessite, après trente-sept heures, des incisions multiples et une application de forceps. Enfant en état de mort apparente est ranimé. Suites de couches pathologiques, guérison.

II. — Tripare, est accouchée facilement il y a trois et quatre ans d'enfants actuellement bien portants. Prend la syphilis au huitième mois de la grossesse et est atteinte au col d'une ulcération indurée. Après un travail de vingt-cinq

heures, le col restant épais, dur, inextensible, non douloureux, l'induration existant à la levre antérieure où la lésion syphilitique avait été constatée, on dut pratiquer des incisions et extraire l'enfant à l'aide du forceps. Enfant et mère bien portants.

L'auteur prend texte de cette observation pour étudier cette cause de la rigidité du col. Soit qu'il recherche le ralentissement du travail chez les syphilitiques, ou la syphilis dans les cas de lenteur du travail, il trouve dans la critique des observations la preuve de la thèse qu'il cherche à établir.

Il se demande si, dans certains cas, on ne peut comparer la rigidité du col de l'utérus pendant le travail au rétrécissement syphilitique du rectum. PORAK.

Cloisonnement transversal incomplet de l'utérus, par TRACHET (*Arch. de tocol., décembre* 1890).

Le cloisonnement transversal de l'utérus est rare; Breisky, P. Müller, Bidder, Budin, E. Blanc, en ont rapporté neuf observations. Il siège presque toujours à la partie supérieure du canal cervical et peut-être même au-dessus de l'orifice interne. Il peut être plus ou moins accusé et peut se présenter sous la forme d'un diaphragme pourvu d'un orifice très étroit.

La pathogénie de ce cloisonnement est encore inconnue.

Son diagnostic, facile pendant le travail, est très difficile chez les femmes non enceintes.

Pendant l'accouchement, il est une cause de ralentissement de la période de dilatation du col, en dehors de la grossesse, il se complique fréquemment de ménorragies, quelquefois très abondantes. Une observation à l'appui. PORAK.

Des ruptures vésico-utérines dans le travail des accouchements, par BONNAIRE (*Arch. de tocol. et de gyn., mai-juin* 1891).

La rupture simultanée de la vessie et de l'utérus pendant l'accouchement est très rare. L'auteur n'en a réuni que cinq observations, dont trois sont inédites.

Dans tous ces cas, il y eut intervention, mais dans trois cas elle a été conduite avec tant de prudence qu'on peut considérer les ruptures comme spontanées. L'étiologie se trouve la même que pour la rupture utérine : viciation du bassin, intensité et irrégularité des contractions utérines, multiparité, volume exagéré et présentation vicieuse de l'enfant, à quoi il faut ajouter la distension de la vessie.

Pour interpréter le mécanisme intime de la lésion, il faut faire intervenir le pincement, la contusion, l'usure, la perforation des parties serrées entre le pubis et les parties fœtales, et ensuite l'éclatement par le mécanisme étudié par Bandl dans la rupture utérine.

La perforation de la vessie complique les ruptures de l'utérus, dont le pronostic est déjà si grave, au point qu'il ne reste aucune chance de guérison. Aussi doit-on, dans ces cas, pratiquer la laparotomie le plus tôt possible. Suivant les cas, après avoir lavé soigneusement la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie tiède et avoir suturé la déchirure vési-

cale, on pratiquera soit la réunion des bords de la rupture utérine, soit l'opération de Porro, soit l'union des bords de la rupture utérine à la paroi abdominale ou simplement le tamponnement par le procédé de Mikulicz. PORAK.

Zur Behandlung der durch Myome komplicirten Schwangerschaft und Geburt. (Traitement des fibromes de l'utérus gravide), par Th. LANDAU (*Samml. klin. Vortr., n°* 26, 1891).

Il existe des myomes interstitiels ou sous-péritonéaux qui ne provoquent pas d'accidents pendant la grossesse. Dans ceux-là il n'y a pas lieu d'intervenir. Par contre, quand le myome se manifeste par des symptômes de compression, par de la néphrite, de l'urémie, de l'ascite, etc., ou encore dans les cas d'obstruction du canal pelvien par la tumeur, le chirurgien n'hésitera pas à intervenir. Seulement il aura tout d'abord à faire le choix entre l'accouchement ou l'avortement provoqués et la laparotomie. Les deux premiers procédés sont à rejeter, à cause des accidents de septicémie, presque inévitables dans ces cas. Reste la laparotomie : mais une fois le ventre ouvert on aura à se prononcer entre l'hystérectomie sus-vaginale et l'énucléation des tumeurs. Ce dernier procédé n'est indiqué que dans le cas de tout petits fibromes, multiples et superficiels.

La règle générale, c'est de n'opérer qu'au dernier moment de la grossesse, époque à laquelle la laparotomie et l'amputation sus-vaginale sont particulièrement faciles, comme le démontre, entre autres, une observation personnelle de l'auteur.

Les indications opératoires sont les mêmes dans les fibromes « enclavés » (Spigelberg) extra- ou rétro-vaginaux. Ce travail, écrit par un gynécologiste compétent, mérite d'être lu par les accoucheurs français, qui n'ont pas adopté encore une telle ligne de conduite. MARCEL BAUDOUIN.

Three cases of rupture of the uterus, par Charles UNDERHILL (*Edinburgh med. journn., p.* 206, *septembre* 1891).

1er cas. — Une femme de 38 ans, ayant eu déjà 8 enfants, dont 2 avec forceps, prit plusieurs doses d'ergot alors que le travail était peu avancé et le col non dilaté ; une heure après apparition dans l'abdomen d'une violente douleur, brusque, coïncidant avec la cessation des contractions. On constate la rupture utérine et on l'amène à l'hôpital. Il y avait deux fœtus. Ils furent enlevés par le vagin ; ils étaient dans la cavité abdominale, où la main pouvait pénétrer. Lavages de l'abdomen avec l'eau chaude. La malade avait, dans le trajet, perdu beaucoup de sang, était épuisée et mourut 2 heures après l'intervention.

2e cas. — 33 ans, 6 enfants. — Présentation de l'épaule. L'utérus se rompit. L'intestin sortait par l'utérus. La laparotomie était impossible dans un taudis où rien n'était préparé. La main introduite dans le ventre par le vagin, on peut avec difficulté extraire le fœtus et le placenta. L'utérus était bien contracté. La rupture semblait occuper les deux tiers au plus du segment inférieur transversal. Le vagin et l'utérus furent lavés au sublimé. La malade mourut le 4e jour de péritonite septique.

3e cas. — 28 ans, amenée pâle, moribonde. 3e accouchement. A son 2e, il y avait eu une déchirure totale du périnée. Enroulement du cordon ; fœtus mort. Les douleurs persistent, puis, à un moment donné, sensation de quel-

que chose qui coule dans le ventre. On examine, la tête n'était plus perceptible par le toucher : elle était remontée.

La malade semblait dans le collapsus. La main introduite passe par une large déchirure entre le col et le corps utérin. Le fœtus et le placenta étaient au milieu des intestins. Laparotomie. Ablation de l'utérus. Guérison.

F. VERCHÈRE.

Habitual abortion, par A. D. Leith NAPIER (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXII, part. 4*).

Les auteurs sont partagés sur les causes de l'avortement habituel. Pour les uns il est souvent dû à des causes d'irritabilité utérine qu'il est impossible de reconnaître ; pour d'autres, il résulte le plus communément de la syphilis. Leith Napier pense qu'en dehors des malformations ou d'une insuffisance physiologique « l'habitude d'avorter » n'existe pas. Pour lui, la pathologie des fausses couches répétées est la même que celle d'une fausse couche unique.

Il s'efforce de prouver cette assertion dans plusieurs tableaux statistiques. Il compare ainsi une série de 77 femmes chez lesquelles la cause de l'avortement a pu être établie nettement avec une série de 31 femmes ayant eu des avortements répétés. Il fait une distinction entre la clientèle privée et celle des hôpitaux, et il arrive à conclure étiologiquement que plus de la moitié des avortements sont dus à des affections utérines, 9 pour cent seulement à la syphilis, et 7 pour cent à peine à des phénomènes réflexes. La syphilis est beaucoup plus habituellement cause d'accouchement prématuré que d'avortement. 77 pour cent des femmes qui sont sujettes à l'avortement habituel sont des nullipares qui commencent leur vie génitale par une série d'avortements, ou de multipares dont la fonction de reproduction, arrivée à son terme, s'achève de même par plusieurs fausses couches. Les femmes qui avortent fréquemment sont d'une grande fécondité. L'avortement habituel est éminemment curable ; 67 pour cent des femmes sujettes aux fausses couches ont accouché à terme après un traitement de la cause de leurs avortements dits « habituels ».

CH. MAYGRIER.

I. — Zur Indication und Technik. (Indication et technique de l'opération de Porro dans les ruptures utérines), par MERMAN (*Arch. f. Gyn., XXXIX*, 3).

II. — Weiterer Beitrag zur Porro-Operation, par BEAUCAMP (*Ibidem, XL*, 1).

I. — Dans la rupture complète de l'utérus la laparotomie est, d'après Merman, beaucoup moins dangereuse et plus sûre que l'accouchement par les voies naturelles. Il donne en ce cas la préférence à l'opération de Porro.

Il rapporte un cas de rupture utérine qu'il a traité de cette façon avec succès. Il y avait une déchirure transversale profonde de la paroi postérieure du segment inférieur et une hémorragie abondante. La ligature élastique du col et la compression manuelle étaient impossibles. Il fit d'abord la ligature et la section des ligaments larges pour arrêter l'hémorragie. Ensuite, ablation du corps de l'utérus et traitement intra-péritonéal du pédicule, sans drainage. L'auteur tient le drainage pour dangereux ou tout au moins superflu. Il recommande le traitement extra-péritonéal du pédicule dans le cas de déchirure utérine siégeant à une plus grande hauteur.

II. — Après avoir rapporté cinq nouvelles opérations de Porro, pratiquées suivant la modification de Frank, chez des femmes atteintes de rétrécissements du bassin variant entre 7,5 et 8,5, Beaucamp expose le procédé de Frank.

Il consiste essentiellement dans les manœuvres suivantes : 1° ouverture de l'abdomen et de l'utérus et extraction de l'enfant ; 2° renversement de tout l'utérus ; 3° ligature de l'utérus en avant des parties génitales ; 4° fermeture de l'abdomen ; 5° abblation simultanée de l'utérus et des ovaires, ligature spéciale de l'entonnoir péritonéal.

Cette méthode présente les avantages que voici : 1° la simplicité du manuel opératoire qui permet à tout médecin de pratiquer cette opération ; 2° le danger d'infection est réduit au minimum, puisque la plus grande partie de l'opération a lieu hors du ventre, et qu'après l'opération il ne reste d'autre plaie que celle de l'abdomen ; 3° la courte durée de l'opération ne laisse pas à la femme le temps de s'affaiblir sous l'influence du chloroforme, de la perte de sang et de la blessure du péritoine ; 4° le traitement consécutif est extrêment simple ; 5° la bonne santé ultérieure de la femme n'est pas plus compromise que par l'opération césarienne ordinaire.

CH. MAYGRIER.

Die vorzeitige Ablœsung der Placenta vom normalen Sitz (Du décollement prématuré du placenta inséré normalement), par Hans MEYER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 7, p.* 193 *et* 209, 1er *avril* 1891).

Il n'existe dans la littérature que 138 observations de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Meyer a eu à traiter 4 femmes, dont 2 primipares, pour cet accident de la fin de la grossesse ; une seule de ces malades, une primipare, a succombé. Aucune n'était albuminurique. Les deux placentas examinés offraient les lésions de l'endométrite de la caduque.

Pour Meyer, le décollement prématuré du placenta à insertion normale est le résultat de la déchirure d'un ou de plusieurs des vaisseaux artériels utéroplacentaires dans leur trajet à travers la couche de tissu qui sépare l'utérus de l'œuf, c'est-à-dire dans les espaces intervilleux.

Le pronostic est d'autant plus grave que la grossesse est plus près de son terme. L'indication urgente est de terminer l'accouchement afin d'arrêter l'hémorragie ; mais cela est rarement possible tout d'abord, vu la longueur et la non-dilatation du col. Il ne reste le choix qu'entre l'expectative et l'opération césarienne, qui semble hasardeuse à cause de l'état d'épuisement de la femme, et qui n'a, d'ailleurs, pas pour excuse la conservation de l'enfant. En attendant, il faut ménager la poche des eaux. Quant au tamponnement, Meyer n'en est pas partisan parce qu'il ne saurait arrêter l'hémorragie, se bornant seulement à empêcher l'issue du sang en dehors de l'utérus. La délivrance effectuée, Meyer est d'avis d'extraire tous les caillots restés dans l'utérus.

J. B.

De l'hydrastie canadensis en obstétrique, par BOSSI (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., avril* 1891).

L'extrait fluide d'hydrastis canadensis a pu être donné à la dose de 100 à 300 gouttes dans les 24 heures sans qu'il y ait eu inconvénient

pour la femme enceinte à qui le médicament a été administré, ni non plus pour le produit de conception. Pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, ce médicament a des propriétés hémostatiques incontestables, mais différemment de l'ergot il n'a aucune action ecbolique sur le muscle utérin.

Ces résultats sont basés sur les observations de 60 femmes enceintes, en travail ou accouchées. PORAK.

Néphrite infectieuse puerpérale, par CHARPENTIER (*Bull. acad. méd.*, 8 *septembre* 1891).

Jeune primipare. Accouchement normal; 36 heures après, grand frisson, fièvre, céphalalgie; les lochies étant odorantes, brunâtres et mélangées de caillots et de détritus noirâtres, on pratique d'abord des injections intra-utérines, puis le curetage; chute des accidents et, après quelques phénomènes d'embarras gastrique, guérison.

3 ans plus tard, deuxième accouchement normal; 7 jours après, grand frisson et violent accès de fièvre qui, dans la suite, pendant plus d'un mois, vont se répéter tous les deux ou trois jours malgré les injections antiseptiques, le curetage, etc. L'examen de l'urine, tout d'abord négatif, accuse un peu d'albumine au bout de 30 jours. Traitement ordinaire de la néphrite et guérison en 2 mois.

Charpentier fait remarquer que ce fait se distingue par son début insidieux, l'apparition tardive de l'albuminurie, la multiplicité des frissons (32) et les irrégularités de la température, donnant un jour 40°, 41°, et le lendemain 36° et 36°,5. OZENNE.

Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung des menschlichen Placenta (Anatomie de la grossesse tubaire et remarques sur la structure du placenta), par ABEL (*Arch. für Gyn.*, *XXXIX*, 3).

Deux cas de grossesse tubaire, provenant de la pratique de Landau, ont servi à Abel pour cette étude. Dans le premier, la femme mourut quelques minutes après l'arrivée du médecin ; l'autopsie révéla une rupture de la trompe droite ; la grossesse datait de 4 à 5 semaines. Dans le second, la malade guérit malgré tous les signes d'une rupture ; elle expulsa à 10 ou 11 semaines une caduque.

L'examen microscopique de ces diverses pièces a conduit l'auteur aux conclusions que voici :

L'endomètre est, au début de la grossesse, transformé en caduque : toutefois, la couche des cellules de Friedländer n'est pas encore complètement formée. — L'épithélium de la caduque utérine est encore intact au milieu du second mois ; mais il a déjà subi des modifications morphologiques. — Les vaisseaux qui rampent dans les couches superficielles de la caduque sont très probablement artériels et veineux. — L'ovaire et la trompe du côté non fécondé ne subissent pas de modifications. L'ovaire qui contient le corps jaune est augmenté de volume. — La cause de la grossesse tubaire peut être attribuée soit à un diverticule de la muqueuse tubaire, soit à ses inflexions tortueuses. — La partie de la trompe qui ne fait pas partie du sac reste ordinairement normale. — Une caduque vraie se forme dans la trompe et atteint son maximum de

développement aux deux pôles de l'œuf. L'épithélium superficiel de la caduque sérotine disparaît et est remplacé par l'endothélium des vaisseaux capillaires. — Dans la majorité des cas, il ne se forme pas de caduque tubaire réfléchie. Quand elle existe, elle diffère entièrement de la caduque réfléchie utérine par le petit nombre de ses vaisseaux. — Les adhérences des villosités choriales à la caduque tubaire sont très lâches au commencement de la grossesse ; mais, dans quelques cas, l'union est complète. — Il y a trois couches d'épithélium dans les villosités choriales : l'endothélium des vaisseaux maternels répond extérieurement à deux couches d'épithélium fœtal. — Les espaces intervilleux sont formés de capillaires maternels dilatés, dont les parois ne sont pas traversées par les villosités choriales. CH. MAYGRIER.

Du déplacement du placenta dans la grossesse extra-utérine et ses rapports avec la terminaison par abcès pelvien, par Berry HART (*Edinburgh med. j.*, *p.* 922, *avril* 1891).

Deux grands facteurs déterminent la terminaison par abcès : le développement extra-péritonéal de la grossesse, le déplacement du placenta.

Dans la grande majorité des cas la grossesse extra-utérine débute dans un point quelconque de la trompe de Fallope. Rarement elle peut se développer longtemps dans la trompe intacte, et une autopsie complète et convaincante d'une grossesse tubo-ovarienne est encore à trouver. La grossesse ovarienne est une des plus rares trouvailles.

Des grossesses tubaires comme point de départ on peut comprendre toutes les suites de la grossesse extra-utérine. Rupture vers le 3e mois dans la cavité péritonéale. Développement, dans la trompe, du fœtus et du placenta. Ce développement peut rester extra-péritonéal même après la mort du fœtus et sans déplacement du placenta.

Une autre éventualité peut se produire ; le fœtus peut s'échapper dans la cavité péritonéale, le placenta restant extra-péritonéal ou intra-tubaire. Quand l'enfant est déplacé et le placenta aussi, survient alors la suppuration, et de là les ouvertures signalées du côté des organes voisins. Le contact de l'intestin lui-même suffit pour infecter la poche fœtale, par un mécanisme analogue à celui qui se produit pour les abcès de la fosse ischio-rectale. F. VERCHÈRE.

Ueber den Durchbruch extrauteriner Fruchtsäcke in die Blase (Rupture d'un kyste fœtal extra-utérin dans la vessie), par F. WINCKEL (*Samml. klinisch Vortr. neue Folge*, *n°* 3, 1890).

Une femme de 33 ans, ayant eu deux enfants, bien réglée, bien portante, a, en 1883, une suppression de règles qui dure sept mois. Depuis cette époque, elle reste souffrante. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, de ténesme vésical et anal, a un écoulement purulent et des pertes de sang. A l'examen on trouve une tumeur du volume des deux poings située à la partie antérieure de l'utérus qui est refoulé à gauche et en arrière. Après quelques hésitations sur le diagnostic, les troubles de la miction, l'extrême sensibilité de la vessie et les résultats fournis par le cathétérisme vésical font admettre l'existence d'un calcul. L'urètre est dilaté et on fait avec une pince l'extraction du corps étranger, qui se trouve être un tibia gauche. On constate alors par le toucher vésical un orifice conduisant de la vessie dans une cavité située en avant de l'utérus et d'où en une heure on peut extraire cent vingt os. Lavages anti-

septiques de la vessie, et issue spontanée de quelques débris osseux les jours suivants. La femme guérit complètement.

Plus tard, on trouva l'utérus revenu sur la ligne médiane, et à droite dans le ligament large une petite tumeur indolore qui représentait les restes d'un sac fœtal intraligamentaire.

En recherchant dans la littérature les cas d'ouverture de kyste fœtal dans la vessie, Winckel arrive au chiffre de 12 observations. Dans ces 12 faits, 6 se rapportent à des grossesses tubaires intraligamentaires : cette proportion de 50 0/0 montre bien la prédisposition particulière de cette variété de grossesse extra-utérine à la perforation dans la vessie.

Quant au traitement de cet accident, le meilleur est celui que l'auteur a employé, quand il est possible; sinon, il faudrait avoir recours à l'ouverture de la vessie par la voie vaginale. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

Quelques anomalies des enveloppes craniennes du nouveau-né avec considérations cliniques, par BONNAIRE (*Progrès médical*, 13-20 *juin* 1891).

Sur un enfant né à terme, bien constitué, l'auteur rencontra, en passant la main sur le crâne, un ensemble de languettes osseuses, alternant avec des espaces mous dépressibles, de configuration bizarre. En suivant le rebord du frontal gauche on trouvait, à 2 centimètres de l'angle latéral de la grande fontanelle, une dépression membraneuse en forme de fiole à large goulot, profonde de 1 centimètre et demi. Vis-à-vis, sur le bord du pariétal mince, on sent une solution de continuité qui s'enfonce jusqu'au milieu de l'os, envoyant des diverticules allongés à la façon des branches d'un arbre, étroits par place, élargis en culs-de-sac à la partie profonde. Quatre jours après, l'ossification très rapide avait comblé une grande partie des vides et fermé l'entrée de ces découpures; il restait deux rigoles curvilignes allongées, à limites très nettes, situées de chaque côté de la bosse pariétale.

Le toucher pratiqué pendant le travail n'avait pas permis de trouver la fontanelle, on ne sentait qu'un chaos de languettes osseuses enchevêtrées.

Bonnaire rapporte 5 observations d'enfants présentant des pertes de substance cutanée sur le cuir chevelu; dans 2 cas elles étaient situées près de la bosse pariétale gauche, nettement circulaires, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, sans rougeur ni gonflement de voisinage, ni à la surface, qui était tapissée par une membrane claire, lisse, dénuée de poils ; dans le 3e cas, l'enfant, né avant terme et mort-né, avait une hydrocéphalie ventriculaire et un coloboma des deux iris. Le cuir chevelu présentait 3 îlots d'arrêt de développement, 2 sur le pariétal gauche, un sur l'occiput; les plaques étaient sans poils, bordées par une ligne blanche, à fond jaune, translucide, d'aspect gélatineux, traversé par des petits vaisseaux sanguins; l'examen histologique montre que cette peau avait non seulement la similitude d'apparence, mais la structure de la peau d'un fœtus de 2 à 3 mois ; elle ne possédait pas de couche cornée; il y avait seulement quelques couches de cellules plates formant l'épiderme: le chorion consistait en cellules pisifor-

mes ou arrondies, plongées dans une gangue amorphe, et ne contenait ni fibres conjonctives, ni poils, ni glandes.

Dans un quatrième cas, un jumeau né à 8 mois 1/2 présentait sur la ligne médiane, en avant de la fontanelle occipitale, une plaque d'arrêt de développement de la peau en forme de feuille de trèfle, large de 2 centimètres, longue de 1 centimètre, à fond jaunâtre, limitée par un bord à pic. Un mois après la plaque était réduite de moitié, et en partie comblée; la partie déprimée restait gélatineuse, et semblait envahie peu à peu par le développement concentrique de la peau normale.

Dans un cinquième cas, l'enfant né à terme portait sur le pariétal gauche une petite ulcération lenticulaire à bords nettement tranchés; un halo blanchâtre de tissu cicatriciel l'entourait; il en partait deux traînées de tissu inodulaire, adhérentes à l'os, qui au voisinage de la cicatrice était légèrement déprimé. H. LEROUX.

Observation et réflexions sur la pseudo-alopécie et sur les escarres occipitales des jeunes enfants, par VARIOT (*Gaz. méd., Paris, 4 juillet* 1891).

Variot a fréquemment observé chez les jeunes enfants élevés au biberon, emmaillotés et habituellement couchés sur le dos, une zone circulaire, correspondant à la partie supérieure de l'occipital, chez laquelle les cheveux sont rares. Chez quelques-uns, la surface du cuir chevelu devient glabre et lisse dans une étendue égale à la paume de la main; cette région est exactement celle par l'intermédiaire de laquelle la tête repose sur l'oreiller, quand le nouveau-né est couché sur le dos.

C'est là le premier degré d'une variété de pseudo-alopécie, qui peut se compliquer d'altérations plus sérieuses, apparition de plaques d'érythème ou d'escarre. L'érythème est susceptible de guérison, mais chez les enfants à nutrition insuffisante il est fréquent de voir apparaître à son niveau une escarre, d'un pronostic souvent grave.

D'après l'examen histologique, il n'y a qu'une pseudo-alopécie, les follicules pileux ne subissant pas eux-mêmes de véritables altérations. Pour Variot, ces accidents (érythème, escarre) seraient imputables à la pression continue qui s'exerce sur la région occipitale. OZENNE.

Beiträge zur Lehre vom Irrsein im Kindesalter (De la folie dans l'enfance), par TREMOTH (*Münch. med. Woch., p.* 605, 633 *et* 647, 1891).

Dans six cas de folie survenus dans l'enfance, on a toujours rencontré une tare nerveuse héréditaire. Le développement de la psychose a paru être en rapport une fois avec la méningite tuberculeuse, une autre fois avec la chlorose. Dans la plupart des cas, il existait des troubles de la circulation consistant trois fois en un souffle systolique de la pointe, une fois en un dédoublement du second bruit pulmonaire. L'auteur attire l'attention sur la fréquence des anomalies de la circulation dans des psychoses purement fonctionnelles. G. LUZET.

Bemerkungen über Sclerosis cerebrospinalis (Rapports de la sclérose en plaques cérébro-spinale dans l'enfance avec les maladies infectieuses), par A. NOLDA (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 5, *p.* 136, 1er *mars* 1891).

En 1887, L. Unger, réunissant tous les faits connus de sclérose en plaques chez les enfants, en comptait 19, sur lesquels 6 survenus à la

suite de maladies infectieuses, 2 après la scarlatine, 2 après la coqueluche, 1 après la rougeole et 1 à la suite d'une infection indéterminée.

Depuis cette époque, il a été publié 6 nouveaux cas de sclérose en plaques de l'enfance ; en outre, 1 cas antérieur avait échappé à Unger. Sur ces 7 cas, il y en a 6 consécutifs à des maladies infectieuses, 3 à la diphtérie, 2 à la scarlatine et 1 à la pneumonie. La petite malade de Nolda seule n'offrait pas de maladies infectieuses dans ses antécédents.

Dans la plupart des 26 observations réunies, soit par Unger, soit par Nolda, on peut faire remonter le début de l'affection jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans. Les malades se décomposent en 16 garçons et 10 filles. Presque tous appartenaient à des parents pauvres, ce qui peut faire penser que le traitement de la convalescence de leur maladie infectieuse avait été un peu négligé. (*R. S. M.*, XXII, 614; XXV, 659, et XXXII, 187.) J. B.

I. — Sur un cas de paralysie générale spinale à marche rapide et curable, par OGIER (*Loire méd.*, 15 *avril* 1891).

II. — A case of infantile spastic diplegia..., par T. RAILTON (*Brit. med. j.*, *p.* 1382, 27 *juin* 1891).

I. — Ce fait concerne un enfant de 14 ans, qui, sans cause appréciable, a été atteint en 15 jours d'une impotence fonctionnelle, ayant débuté par un grande faiblesse pour aboutir progressivement à une paralysie des quatre membres. Trois semaines après le début de cette affection on constate une paralysie absolue des membres inférieurs, une paralysie presque complète des membres supérieurs. Ces membres sont grêles, amaigris, et l'atrophie porte sur tout l'ensemble des parties molles. Même atrophie des muscles du tronc. La faradisation des différents groupes musculaires montre qu'ils sont capables de réaction.

Aucun trouble de la sensibilité ni des différents organes. Le traitement a consisté dans l'électrisation régulière des muscles, sous forme de courants continus pendant un mois et de courants interrompus dans la suite. En trois mois, guérison complète; disparition de l'atrophie. OZENNE.

II. — Enfant de 9 ans : dès son enfance on a remarqué qu'elle n'avait aucune tendance à se mouvoir ni à marcher; tête grosse, disproportionnée avec le volume du corps. A deux ans, trois attaques convulsives, jamais depuis. Actuellement c'est un enfant dont la tête est développée, mais dont le cerveau et l'intelligence sont atrophiés; elle parle, mais n'a jamais pu apprendre à lire. Sensibilité conservée ainsi que l'embonpoint; mais l'enfant tremble comme si elle avait de la sclérose en plaques, et elle a de la contracture des jambes. Les moindres excitations cutanées développent une trépidation générale.

L'auteur discute l'hypothèse de la sclérose en plaques et admet qu'il s'agit d'une encéphalite congénitale analogue à celle décrite par Richardière. H. R.

Tuberculosis in children; primary infection in bronchial lymph nodes, par NORTHRUP (*N. York med. journ.*, *p.* 201, 21 *février* 1891).

La tuberculose débute le plus souvent chez les enfants par les ganglions trachéo-bronchiques.

Sur 125 autopsies d'enfants tuberculeux, l'auteur a trouvé 42 cas de tuberculose généralisée avec caséification des seuls ganglions bronchiques; neuf fois une infiltration fort discrète des poumons coïncidant avec des lésions avancées des mêmes ganglions; treize fois l'altération des gan-

glions bronchiques seulement sans tuberculose pulmonaire, chez des enfants morts de rougeole ou de diphtérie.

Il donne le détail de ces 13 observations.

Dans 20 cas, la tuberculose existait partout, mais paraissait plus ancienne au niveau des ganglions bronchiques.

Chez un enfant de 54 jours, dont la mère, phtisique, venait de succomber, l'auteur a vu les lésions tuberculeuses prédominer dans les ganglions du hile du foie, autour de la veine porte. Il suppose que les bacilles venant de la mère ont suivi le cours du sang.

Il considère la tuberculose congénitale comme rare. L. GALLIARD.

On a case characterised by subcutaneous emphysema of the neck and thorax of peculiar origin, par J. COATS (*Glasgow med. journ.*, *p.* 424, *juin* 1891).

Il s'agit d'une petite fille de 7 mois morte après quelques heures de grande dyspnée. Le seul phénomène avait été l'apparition de l'emphysème sous-cutané sur les côtés du cou, de la tête et de la partie supérieure de la poitrine. Cette enfant avait eu un peu de bronchite deux mois auparavant et quelques petits abcès disséminés sur la peau.

Autopsie. Emphysème du médiastin, emphysème interstitiel du poumon gauche. A la racine de ce poumon, tubercules assez nombreux. Les ganglions bronchiques sont caséeux, l'un d'eux est le siège d'une cavité communiquant avec les bronches et le tissu cellulaire voisin; c'est par là que s'est fait l'emphysème qui s'est étendu ensuite jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

P. DUFLOCQ.

Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de la coqueluche, par HAUSHALTER (*Arch. de méd. expér.*, *vol. II*, *n°* 5, *p.* 630).

Sept enfants sont pris de coqueluche dans le cours d'une épidémie de famille ; trois d'entre eux ont une broncho-pneumonie intercurrente qui guérit et laisse la maladie primitive reprendre son cours.

Or, pendant l'évolution de la complication pulmonaire, l'examen bactériologique du sang démontrait une infection par le staphylocoque doré. Ce microbe de provenance humaine fournissait des cultures virulentes qui, injectées dans l'appareil respiratoire des lapins, déterminaient des broncho-pneumonies mortelles.

Les conditions hygiéniques vicieuses, la misère, l'encombrement, l'insalubrité du milieu, ont sans doute favorisé cette infection surajoutée à la coqueluche, infection qui a été vraisemblablement le facteur pathogénique de la broncho-pneumonie. GIRODE.

Ueber Unterhaut-Emphysem bei Broncho-pneumonie (Emphysème sous-cutané dans la broncho-pneumonie), par DAMSCH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 18, *p.* 613, 1891).

Un enfant de 14 mois 1/2 atteint, le 2 mars, de fièvre vive offre, le 5, des signes de broncho-pneumonie bilatérale; il a peu de dyspnée. Le 11 mars, la dyspnée augmente sans qu'il y ait ni raucité de la voix, ni troubles de la déglutition, et l'on constate un emphysème sous-cutané du cou et de la partie antérieure du thorax à gauche. T. 39°,5, P. 100.

Le 12, l'emphysème envahit la tête, la moitié supérieure du tronc, les membres supérieurs jusqu'aux poignets. Le visage a un aspect monstrueux; les lèvres sont cyanosées. Pouls lent.

Le 13, le gonflement s'accentue au visage. L'emphysème atteint le bassin. Mort le 14.

Autopsie. La peau s'est partiellement affaissée. Emphysème très marqué de tout le tissu cellulaire du médiastin. Il n'y a rien sous la plèvre pariétale, mais la plèvre viscérale est soulevée, au niveau des bords antéro-supérieurs des deux poumons, par des bulles emphysémateuses. Dans ces régions existent des bulles interlobulaires nombreuses, grosses comme des pois.

Les lobes inférieurs présentent l'infiltration broncho-pneumonique et sont complètement vides d'air. Les parties qui contiennent de l'air sont exsangues et sèches. Les voies aériennes sont libres.

L'auteur remarque la multiplicité des ruptures alvéolaires qui ont eu pour conséquence l'emphysème interlobulaire. Ces ruptures se sont produites non pas au voisinage des foyers broncho-pneumoniques, mais à distance. L. GALLIARD.

Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoques, par SEVESTRE et GASTOU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 *juin* 1891).

Ces auteurs ont observé un certain nombre de stomatites diphtéroïdes caractérisées ainsi qu'il suit : elles affectent d'abord et souvent d'une façon exclusive la face interne des lèvres, parfois aussi en même temps certains points de la muqueuse buccale ; dans ces points et spécialement sur les lèvres elles donnent naissance à des plaques blanchâtres, diphtéroïdes, qui font corps avec la muqueuse, ou du moins ne peuvent en être séparées sans déchirure et se transforment sur la partie de la lèvre exposée à l'air en croûtes sanguinolentes. Elles guérissent en six ou huit jours.

Le début a lieu en général à la lèvre inférieure, près de la ligne médiane ; on voit de petites plaques opalines, ternes, puis plus épaisses, alors elles s'allongent, plus tard, on en voit aux commissures, plus rarement près du repli gingivo-labial, jamais sur les gencives. On peut en voir des plaques sur les joues, le palais, le voile du palais, la luette, rarement sur la langue, où elle sont petites, allongées et se limitent près de la pointe.

Les lèvres sont tuméfiées, la muqueuse buccale bouffie, saignante ; sous les croûtes des lèvres il se forme des fissures douloureuses. Cette stomatite se voit surtout chez des enfants débilités au décours de la rougeole ou de la coqueluche, coïncide fréquemment avec le coryza chronique et surtout avec l'impétigo de la face.

Dans les 9 cas que rapporte Sevestre, où l'on a pratiqué l'examen bactériologique, on a trouvé le staphylococcus aureus. Or, l'examen des cultures faites avec les produits de l'impétigo ont donné le même micro-organisme. Les auteurs concluent que cette stomatite mérite le nom de stomatite impétigineuse. H. LEROUX.

Ueber die Localisation des Soorpilzes... (De la localisation du muguet dans les voies respiratoires et de sa pénétration dans le tissu conjonctif de la muqueuse œsophagienne), par M. SCHMIDT (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *VIII*, 1, *p.* 173).

Sur cinq cadavres d'enfants, l'auteur a pu noter la présence dans l'œsophage, le larynx, la trachée et les bronches d'une fausse membrane

épaisse, constituée par une abondante végétation de l'oïdium albicans. Il a pu suivre les filaments colorés jusque dans la sous-muqueuse. Malgré ce développement exceptionnel, il ne semble pas y avoir eu d'infection hématique, car la rate ne contenait pas de champignon. C. LUZET.

Morbo splenico d'Henoch o anemia splenica infantile, par E. MENSI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, *p.* 471, *juin* 1891).

Meusi considère le fait suivant comme un exemple du type morbide décrit par Henoch.

Petite fille de 19 mois, née d'un père tuberculeux ; vers l'âge de 10 mois, l'abdomen commence à se tuméfier, l'enfant pâlit; puis il se développe des adénopathies au cou, aux aisselles et aux aines; la rate est perceptible, non douloureuse, dure, lisse, s'étend de la 3e côte à la crête iliaque, arrive au niveau de la ligne mamelonnaire gauche; le foie est perceptible, lisse, indolent. Les globules rouges du sang sont pâles, d'un nombre inférieur à la normale, micro-, macro- et poikilocytose; les globules rouges ont peu de tendance à se disposer en piles; légère leucocytose; légère élévation de température. A l'autopsie, rate pesant 400 grammes, tissu splénique gris rosé pâle, avec nombreux points blancs gros comme une tête d'épingle; reins anémiques, cœur anémique sans dégénérescence graisseuse appréciable du myocarde, œdème pulmonaire et bronchite, moelle osseuse des côtes d'un rouge intense. A l'examen histologique, on rencontre dans la rate quelques globules rouges nucléés en nombre trop peu considérable pour qu'on puisse affirmer le rôle hématopoïétique de la rate. GEORGES THIBIERGE.

Zur Diagnose der Malaria infantilis, par HOCHSINGER (*Wien. med. Presse*, *n°* 17, *p.* 657, 1891).

La fièvre intermittente n'est pas rare à Vienne, surtout dans les quartiers voisins du fleuve, chez les jeunes enfants, mais le diagnostic en est souvent difficile, car les abcès sont atypiques: on ne note ni frisson initial, ni stade de sueurs, ni périodes intercalaires nettement caractérisées, de sorte que la fièvre mériterait l'épithète de rémittente au lieu d'intermittente. Comme les enfants ont rapidement des troubles digestifs et respiratoires avec pâleur et anémie consécutives, on pense à la fièvre typhoïde, au catarrhe bronchique ou même à la phtisie; ou bien l'on attribue les désordres à la dentition. Si l'on emploie le sulfate de quinine, on est surpris de la rapide guérison.

Dans tous les cas où l'auteur a examiné le sang (24 cas depuis décembre 1890), il a trouvé les micro-organismes de Laveran sous leurs diverses formes. Cette recherche a donc une importance capitale.

L. GALLIARD.

Complicanza letale rara del tifo abdominale, par B. SILVA (*La Riforma medica*, *p.* 709, 15 *septembre* 1891).

Observation d'une fillette de 9 ans, dont la mère était morte à 19 ans dans une attaque d'épilepsie : au cours d'une fièvre typhoïde d'apparence assez légère survenue pendant la convalescence d'une pneumonie, l'enfant est prise d'un délire léger, puis sa température s'abaisse notablement et le lendemain apparaissent des convulsions intenses, survenant sous forme d'accès de 1 à 2 minutes de durée séparé par un temps égal d'accalmie, convulsions toniques et cloniques avec écume à la bouche; au bout de trois

heures, coma profond, cyanose intense, respiration stertoreuse, pouls très rapide, mort sept heures après le début des convulsions. Pas d'albumine. A l'autopsie, lésions intestinales de la fièvre typhoïde, méninges congestionnées, adhérentes, infiltrées de sérosité, congestion de la substance cérébrale portant surtout sur la substance grise, épanchement séreux dans les ventricules latéraux, ramollissement de la voûte à trois piliers, pas de traces de tubercules. A l'examen bactériologique, on constate la présence du bacille d'Eberth dans la substance corticale de la région de Rolando.

L'auteur considère ce fait comme un exemple d'éclampsie et ne regarde pas les lésions constatées à l'autopsie comme indiquant l'existence d'une méningite. GEORGES THIBIERGE.

I. — Leucocythœmia in childhood, par J. THOMSON et Robert MUIR (*Americ. journ. of med. sc., avril* 1891).

II. — Pernicious anœmia in a child two years of age (2 ans), par Emmet HOLT (*N. Y. path. Soc. New York med. record, p.* 410, 4 *avril* 1891).

I. — Enfant de 8 ans, ayant succombé à une leucocythémie datant de cinq mois. Pour les auteurs, cette évolution rapide est caractéristique de la leucocythémie chez les enfants. Chez le sujet en question, on avait noté pendant la vie l'hypertrophie du foie et de la rate, une tumeur médiastine et de multiples tumeurs ganglionnaires. Les reins, surtout le gauche, étaient énormes. Examen du sang; diminution rapide des globules rouges et des hématoblastes, accroissement du nombre des leucocytes à un seul noyau, tandis que les leucocytes multinucléés (habituellement les plus nombreux) deviennent rares.

A l'autopsie, la moelle osseuse fut trouvée malade, les reins infiltrés de leucocytes, les ganglions partout hyperplasiés.

Les recherches microbiologiques ne révélèrent aucun micro-organisme.

VERCHÈRE.

II. — Cet enfant, très anémique,entre pour une stomatite ulcéreuse grave : pas d'engorgements ganglionnaires ; rate grosse. Amélioration pendant six semaines, puis épistaxis répétées ; l'anémie augmente ; la stomatite s'étend ; chute de deux dents et d'un séquestre osseux. La rate déborde de quatre pouces, atteint presque l'ombilic et déborde dans le creux épigastrique. Petites taches purpuriques sur l'abdomen et les membres ; souffle au cœur ; pas de jaunisse; pas d'ascite. Augmentation des globules blancs, 1/50, pas assez considérable pour diagnostiquer la leucocythémie. Fièvre assez vive; diarrhée; un peu d'albumine les deux derniers jours. Mort. Autopsie ; pachyméningite ; ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques ; cœur pâle, gras ; la rate pèse cinq onces un quart ; périsplénite ; foie gros et gras. Mucus brunâtre dans l'estomac; quelques ecchymoses ; reins gros. Microscope : cœur en dégénérescence graisseuse ; infiltration de cellules embryonnaires. Cirrhose du foie ; entre les lobules, amas cellulaires (nodules d'Arnold). Rate : mélange de congestion et de cirrhose. Reins : néphrite parenchymateuse.

Tacher dit que ces cas sont fréquents à Calcutta. P. DUFLOCQ.

Ueber die histologischen Befundi in einem Falle von Diabetes (Lésions histologiques du [diabète de l'enfance), par SANDMEYER (*Centralblatt f. klinische Mediçin, n°* 28, *p.* 63, 1891).

Le diabète avait débuté à l'âge de 7 ans et s'était terminé par un coma mortel 2 ans plus tard. Les urines, au moment du coma, renfermaient en abondance de l'acide acétylacétique, de l'acétone et de l'acide oxybutyrique qui fut reconnu pour de l'acide crotonique α ; bien qu'il n'y eût que des traces d'albumine, le sédiment urinaire, après 24 heures de repos, contenait, en très

grand nombre, les cylindres que Klütz avait déjà indiqués comme un avant-coureur du coma. Sandmeyer et Aldehoff n'ont vu manquer ces cylindres dans aucun des 20 cas de coma diabétique qu'ils ont observés. Le pancréas était absolument normal. Le rein, outre une forte dégénérescence glycogène des anses de Henle, offrait la dégénération graisseuse de l'épithélium cortical décrite par Fichtner. (*R. S. M.*, XXXIV, 141.) Le foie était normal. Les cellules hépatiques contenaient du glycogène en assez grande quantité : 0gr,6 par 100 grammes de tissu. Le myocarde était gras. La protubérance et le bulbe étaient intacts ; mais la moelle cervicale offrait un petit foyer de dégénération occupant, à la partie supérieure, le tiers antérieur, et, au niveau du renflement, la moitié antérieure des cordons de Goll. J. B.

I. — Du rash scarlatiniforme dans la varicelle, par GALLIARD (*Soc. méd. des hopitaux*, 19 *juin* 1891).

II. — A propos des rash dans la varicelle, par CHAUFFARD (*Ibidem*, 26 *juin* 1891).

I. — Un enfant de 17 mois présente le 21 mars une éruption classique et discrète de varicelle, avec légers malaises fébriles ; le lendemain apparaît sur le cou, puis sur tout le tronc, une éruption d'un rouge vif, uniforme, simulant de tout point la scarlatine. Rien à la gorge, pas d'adénopathie, aucune influence médicamenteuse ; le lendemain le rash a disparu, la fièvre est tombée, il n'y a pas de nouvelle poussée de bulles varicelliques.

Galliard a relevé 8 observations de rash scarlatiforme, mais dans tous ces cas le rash avait précédé de quelques heures la varicelle, ou au moins s'était montré en même temps que les premières vésicules ; toujours il a été éphémère (24 à 48 heures au plus).

II. — Chauffard a observé chez de jeunes enfants 2 cas de rash scarlatiniforme, après l'apparition des bulles de varicelle, un troisième cas où le rash a revêtu l'aspect rubéolique. H. L.

Incubation de la varicelle, par Ch. TALAMON (*La médecine moderne*, *p.* 583, 6 *août* 1891).

Observations de deux enfants atteints de varicelle dans des conditions permettant de fixer la durée de la contagion. Le premier enfant présente l'éruption treize jours après avoir assisté à une réunion d'enfants à laquelle au moins un autre enfant avait contracté la varicelle. Le deuxième enfant, frère du premier, fut pris également treize jours après avoir été en contact avec le premier. GEORGES THIBIERGE.

Du traitement des diarrhées infantiles par l'antipyrine, par SAINT-PHILIPPE (*Journ. de méd., Bordeaux*, 4 *juillet* 1891).

L'antipyrine est le médicament de choix à opposer aux diverses espèces de diarrhée infantile. En général bien supportée, elle agit sur les formes hypercriniques et dans les formes dyspeptiques, douloureuses et réflexes. Son mode d'action se rapproche de celui de la morphine, inapplicable en pareil cas. 10 à 20 centigrammes pour les enfants au-dessous de 6 mois et 60 à 80 centigrammes pour les enfants de 6 à 12 mois sont les doses quotidiennes que l'on prescrit délayées dans un sirop et que l'on fait prendre fractionnées. OZENNE.

The treatment of purulent pericarditis by free incision, par P. DAVIDSON (*Brit. med. j., p.* 578, 14 *mars* 1891).

Relation de deux cas d'empyème péricardique, l'un chez un enfant de 6 ans, atteint d'ostéomyélite d'un métatarsien et d'une ostéite costale : il existait simultanément de la pleurésie, de la pneumonie et de la péricardite purulente. Le second survenu sans influence septique générale également chez un enfant de 6 ans.

Dans les 2 cas, l'incision péricardique fut pratiquée, mais chez le 1er malade elle n'amena qu'un soulagement momentané, sans abaisser la température. Le second enfant, après avoir subi l'empyème pleural, continuait à être anhélant et fiévreux, quand on constata la présence d'un épanchement péricardique. Après l'ouverture du péricarde, la fièvre et la dyspnée tombèrent. H. R.

On renal albuminuria in children, par W. P. HERRINGHAM (*St Barth. hosp. Rep., XXVI, p.* 25, 1890).

Revue étiologique très complète des conditions pathogéniques qui créent la néphrite chez les enfants. Indépendamment des maladies infectieuses, telles que scarlatine, diphtérie, rougeole, varicelle, érysipèle, fièvre typhoïde, coqueluche, oreillons même, il faut tenir compte de l'amygdalite qui est une cause fréquente d'albuminurie. Certaines intoxications (acide phénique, résorcine, baume du Pérou) la provoquent également.

A ce chapitre il faut ajouter l'albuminurie des nouveau-nés, bien connue depuis les recherches de Ribbert, et celle qui accompagne les troubles gastro-intestinaux de la première enfance (67 fois sur 143, d'après Kjellberg).

L'albuminurie chez les enfants peut être passagère, mais elle amène souvent les lésions du gros rein blanc. Les néphrites infantiles sont toujours diffuses, la variété fibreuse interstitielle n'est pas connue. H. R.

I. — Des engorgements ganglionnaires dans la rougeole, par Henriquez y CARVAJAL (*Thèse de Paris*, 1891).

II. — Recherches bactériologiques sur la salive des enfants atteints de rougeole, par H. MÉRY et P. BOULLOCHE (*Rev. mens. des mal. de l'enfance, avril* 1891).

III. — On measle as a cause of endocarditis... (De l'endocardite morbilleuse), par J. HUTHCHINSON et W. CHEADLE (*Brit. med. journ., p.* 85, 18 *avril* 1891).

I. — L'auteur rapporte l'histoire de petites épidémies de rougeole où il aurait constaté le fait, signalé par Dieulafoy, de l'engorgement des ganglions du cou précédant de plusieurs jours l'éruption morbilleuse, et avance que ces adénites sont fréquentes sinon constantes dans la rougeole, qu'elles ne peuvent donc servir à différencier cette maladie de la rubéole où l'adénopathie cervicale est courante. H. L.

II. — Les recherches de Méry et Boulloche ont porté sur 48 enfants atteints de rougeole, dont la salive a été minutieusement examinée et ensemencée. Le pneumocoque a été trouvé dans 20 0/0 des cas, le streptocoque dans 23 0/0... C'est là une proportion incomparablement supérieure à celle des microbes de la salive normale, où, d'après

les recherches de Netter, le pneumocoque se trouve 1 fois sur 5 et le streptocoque 1 fois sur 18.

Les accidents broncho-pulmonaires au cours de la rougeole n'apparaissent, sauf de rares exceptions, que chez les enfants dont la salive contient le pneumocoque ou le streptocoque. A l'autopsie il est possible de suivre le microbe pathogène reconnu dans la salive depuis le pharynx jusqu'aux petites bronches.

La présence plus fréquente des agents pathogènes de la broncho-pneumonie dans la salive des enfants morbilleux paraît devoir expliquer le grand nombre des inflammations broncho-pulmonaires observées chez eux : elle impose donc pendant le cours de la rougeole une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible. H. R.

III. — Hutchinson et Cheadle rapportent quatre faits de rougeole au cours de laquelle se déclarèrent des symptômes d'endocardite mitrale.

1° Garçon de 10 ans : antécédents de rhumatisme dans la famille. Développement d'un souffle mitral au 2e jour de la rougeole;

2° Garçon de 9 ans : rougeole compliquée de broncho-pneumonie et de laryngite. Souffle mitral au 15e jour;

3° Garçon de 9 ans, de famille rhumatisante et cardiaque. Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et de pleurésie. Souffle mitral le 14e jour.

4° Garçon de 11 ans, atteint antérieurement d'amygdalites fréquentes : endocardite au décours d'une rougeole.

Sturges conteste ces faits et ne regarde pas la rougeole comme une cause d'endocardite. Haig, au contraire, croit que c'est une étiologie commune. Dans la discussion, personne n'a fait remarquer que la connexité d'infection secondaires (bronchopneumonie) pouvait être un facteur puissant d'endocardite. H. R.

I. — Laparomy on a child... (Laparotomie chez un enfant de dix heures pour hernie ombilicale), par J. R. HINKSON (*N. York med. journ., p.* 586, 23 *mai* 1891).

II. — Laparotomie chez un enfant d'un jour pour une volumineuse éventration congénitale, par SALMON (*Gaz. des hôp.*, 12 *novembre* 1891).

I. — Hinkson constate le 12 février, chez une fillette qui vient de naître, une tumeur recouverte par les éléments du cordon large de 2 pouces 1/2, mesurant 4 pouces en hauteur, étendue de l'appendice xyphoïde au voisinage du pubis, non pédiculée et formant en quelque sorte une annexe de la cavité abdominale. Elle contient le foie et l'intestin grêle.

Dix heures après la naissance, l'anesthésie étant complète, incision à la partie supérieure de la tumeur, assez large pour admettre le doigt. On rompt des adhérences du lobe droit du foie. Ligature des artères hypogastriques et de la veine ombilicale, ablation de la membrane adjacente. Refoulement de l'intestin à l'aide d'éponges imbibées de solution de sublimé à 1/20,000.

Sutures interrompues au catgut sur le milieu de la plaie; suture continue pour compléter. Drain au milieu de la plaie. Pansement à l'iodoforme; gaze iodoformée et gaze au sublimé.

Les sutures ont été si difficiles à pratiquer que l'opération a duré une heure et demie ; l'enfant a été maintenu pendant tout ce temps dans l'anesthésie complète : on a employé 125 grammes d'éther. La respiration n'a pas cessé d'être régulière.

Le 3e jour, on enlève le drain ; on lave avec la solution de sublimé à 1/10,000. L'enfant ayant crié vigoureusement, les sutures se détachent complètement

et la plaie s'ouvre sur presque toute la longueur; mais les intestins ne sortent pas. Sutures métalliques.

Le 20, la plaie est fermée, sauf sur un espace d'un pouce et quart où la peau a été coupée par les fils. On place trois épingles et on suture. Le pansement étant trop serré, l'enfant crie, c'est le seul moment où il ait manifesté de la douleur.

Le 23, les épingles ont coupé le tissu. On renonce à maintenir les bords de la plaie en contact. Dès lors des bourgeons charnus se forment et la plaie diminue progressivement.

Guérison complète de la plaie le 14 mars.

Deux opérations analogues ont été faites : l'une par J. M. Morton chez un enfant de 33 heures, l'autre par Stolypinski six heures après la naissance. L. GALLIARD.

II. — Fillette portant à la région ombilicale une tumeur du volume d'une orange, comprise dans l'épanouissement des vaisseaux ombilicaux. La base est formée par la zone de peau qui constitue l'anneau ombilical. L'enveloppe a le même aspect blanc nacré que le cordon. D'après certains signes, on diagnostique une hernie contenant le foie et des anses intestinales. Le lendemain la laparotomie est pratiquée par Maunoury après chloroformisation. Incision de toute la hauteur de la tumeur, contenant du liquide ascitique. Le foie est repoussé doucement, libération par section d'une bride épiploïque. Sutures profondes au nombre de six; sutures superficielles de la peau. Pansement à la gaze boriquée, compression à l'ouate. Deux sutures coupent la peau. Ce fut le seul incident. Au 15e jour la guérison était complète.

A. CARTAZ.

I. — The operations for the radical cure of hernia in children and their value, par H. O'NEILL (*Brit. med. j.*, *p.* 278, 7 *février* 1891).

II. — The indications for the radical cure of hernia in children, par W. PARKER (*Ibidem*, *p.* 279, 1891).

I. — Les opérations de cure radicale chez les enfants conviennent spécialement :

a. Chez les enfants pauvres qui ne peuvent avoir un bandage ni l'entretenir dans les conditions convenables ;

b. Chez ceux dont la hernie est trop volumineuse pour être contenue par un bandage dans les jeux, la course, la gymnastique, etc.

c. Dans tous les cas où la hernie progresse malgré le port d'un bandage, surtout s'il s'agit d'enfants destinés à des ouvrages de force.

Les méthodes opératoires varient suivant les sujets : la meilleure est celle de Macewen ; l'auteur est également partisan du procédé de Banks (ligature du sac près du collet et section du sac, puis suture de la portion supérieure du sac aux muscles abdominaux, au-dessus du trajet inguinal). L'essentiel est d'être rigoureusement antiseptique, de faire une hémostase parfaite, de faire les sutures au catgut chromé et de panser très rarement la plaie. Pour les enfants, il est utile de donner un anesthésique au moment des deux premiers pansements.

L'auteur n'a perdu aucun opéré : il donne des détails sur 4 opérations pratiquées sur des enfants très jeunes (de 2 à 7 ans).

II. — Parker recommande l'opération pour les hernies congénitales qui persistent au delà de deux ans chez les enfants pauvres destinés à des travaux manuels, et aussi chez la plupart des enfants qu'une hernie empêche de se livrer aux exercices de corps, de l'équitation, etc.

L'opération qu'il préfère est très simple. Mise à nu du sac herniaire, dissection très superficielle des couches adventices, puis, après avoir écarté le cordon spermatique, traction en bas du sac aussi loin que possible, et fixation par quatre ou cinq ligatures de façon à affronter les bords du collet. Celui-ci se rétracte ensuite derrière l'anneau abdominal externe, puis on suture les piliers de l'anneau inguinal et on ferme la plaie après une hémostase complète. H. R.

I. — Acute intestinal strangulation due to volvulus in a newly born infant, par W. PITT (*Lancet*, *p.* 87, 1891).

II.— Intussusception, abdominal section; recovery, par Howard MARSH (*Lancet I*, *p.* 367, 1891).

III. — Acute intussusception in a child aged 4 years..., par C.-B. LOCKWOOD (*Brit. med. J.*, *p.* 117, *janvier* 1891).

I.— Un nouveau-né présenta des symptômes d'occlusion qu'on attribua à une imperforation du rectum et pour laquelle on pratiqua une colotomie inguinale gauche. Mort le deuxième jour de la naissance et de l'opération. A l'autopsie, intestin normal sans malformation, sans brides d'étranglement, sans invagination, mais volvulus, très facilement déroulable sur la fin de l'intestin grêle. Pitt n'a pu trouver dans la science qu'un seul autre cas de volvulus chez un nouveau-né (cas de Harrison Cripps, opération de Little ,et mort). Cette cause d'occlusion paraît chez les jeunes enfants tout à fait exceptionnelle, car l'observation la plus précoce qu'il connaisse ensuite (observation de Keeling) porte sur un enfant de trois ans. A.-F. PLICQUE.

II. — Enfant de neuf mois, invagination guérie par la laparotomie faite dix-huit heures après le début des accidents. Pour Marsh, la laparotomie précoce offre peu de dangers opératoires et donne de nombreux succès. Quand le taxis abdominal, l'injection d'eau tiède, essayés sous le chloroforme, ont échoué, l'opération s'impose avec la même urgence que pour une hernie. La réduction est toujours facile dans les douze premières heures, difficile après.

A.-F. PLICQUE.

III. — Fillette de 4 ans, prise cinq jours auparavant de vomissements et de diarrhée, sans garde-robes sanguinolentes : puis météorisme, et apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. On diagnostique une invagination. Laparotomie, résection de la portion d'intestin invaginé ; suture des anses saines par la méthode de Czerny-Lembert. L'enfant meurt de choc au bout de 24 heures. L'auteur attribue l'insuccès à la longueur de l'opération, à cause de la résection d'une portion de mésentère qui avait été nécessaire et qui avait donné beaucoup de sang.

La résection de l'anse invaginée, sur 15 opérations, n'a donné que 3 guérisons.

Dans la discussion, Cripps insiste sur la difficulté de réduire l'invagination, même après la laparotomie et en ayant l'anse intestinale dans la main : il cite un cas où la réduction fut très facile, sauf pour la valvule iléo-cæcale qui ne put jamais être replacée : aussi conseillerait-il une anse artificielle en amont de la valvule iléo-cæcale.

Howse est d'avis que quand la valvule fait saillie hors de l'anus, la réduction est impossible : le meilleur plan est de la réséquer, de lier les deux bouts de l'intestin, et alors de réduire : il cite un cas de guérison survenu dans ces circonstances.

Barker adopte un autre mode de traitement. Dans les cas où l'invagi-

nation est irréductible, il fait une incision le long de l'anse invaginante, il enlève la masse invaginée par une section transversale; puis lie les bords des plaies circulaires de l'anse invaginée; finalement, ligature des bords de la plaie longitudinale de l'anse invaginante.

L'opération doit être faite de bonne heure, dès que les lavements ont été reconnus inefficaces. H. R.

Du traitement par l'antipyrine de l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants, par GAUDER (*Thèse de Paris*, 1891).

L'auteur a pu réunir 29 observations personnelles qui lui ont fourni 14 guérisons, 12 améliorations, 3 insuccès. Dans les cas où l'antipyrine réussit, l'action est très rapide et se manifeste dès les premières doses. Ce médicament s'administre aisément chez les enfants à doses quotidiennes de 2 à 4 grammes. H. L.

Des lésions de la moelle dans la scoliose de l'enfance, par KLIPPEL (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, 1891).

Klippel a eu l'occasion de faire l'autopsie de trois malades atteints de scoliose datant de l'enfance. Il a trouvé chez ces malades des lésions de la moelle, consistant en déformation asymétrique des cornes antérieures résultant de l'atrophie ou de l'arrêt du développement de l'un des deux côtés. RICHARDIÈRE.

Polyarthrite suppurée et myosites déterminées par le pneumocoque, par BOULLOCHE (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 2, *p.* 252).

Chez un enfant de 5 ans se développent, peu après une angine avec fièvre et état infectieux, des arthrites des deux coudes, du genou et du cou-de-pied droits. Dans les segments de membre correspondants, les muscles sont violemment enflammés et douloureux. Une pneumonie double s'ajoute au troisième jour. Le pus des articulations et la sérosité louche qui infiltre les muscles sont remplis de pneumocoques bien caractérisés. GIRODE.

Étude sur la tuberculose du testicule chez les enfants, par HUTINEL et DESCHAMPS (*Archives gén. de médecine, mars et avril* 1891).

La tuberculose du testicule ne paraît pas beaucoup plus rare dans le jeune âge qu'après l'établissement de la puberté. Elle se rencontre, d'ailleurs, plutôt dans les premières années de la vie qu'au voisinage de la puberté.

Pour expliquer le développement de cette manifestation tuberculeuse, on a incriminé le traumatisme, la masturbation. La porte d'entrée du bacille paraît être assez souvent dans l'intestin.

D'ordinaire, une seule glande est malade, la gauche le plus souvent.

Cliniquement, les lésions tuberculeuses du testicule chez l'enfant rappellent assez ce qu'on observe chez l'adulte, les formes aiguës de l'orchite tuberculeuse sont fréquentes dans le jeune âge. Tantôt elles sont primitives; plus souvent elles apparaissent secondairement en pleine évolution tuberculeuse. Le plus ordinairement cependant, la tuberculose testiculaire de l'enfant prend, comme chez l'adulte, l'allure insidieuse de certaines tuberculoses locales. Les observations publiées par les auteurs

montrent d'ailleurs que la tuberculose du testicule diffère peu des autres tuberculoses locales.

Les auteurs ont cherché, inutilement dans la plupart des cas, s'il existait comme chez l'adulte des lésions de la prostate, des vésicules séminales ou de la vessie. Seul, le cordon a paru malade dans deux cas.

Contrairement à ce qui se passe chez l'homme fait, le testicule peut être lésé profondément sans que l'épididyme soit touché.

Le début de la tuberculose testiculaire chez l'enfant se fait par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques et non par les voies spermatiques.

Un côté remarquable de cette tuberculose est le faible volume des noyaux caséeux et l'épaisseur considérable de la zone fibroïde qui les entoure. Cette particularité prouve le peu de virulence de la lésion et montre qu'elle tend naturellement à la sclérose et à la guérison.

Le pronostic est grave. Sur 9 malades observés, il y a eu 6 morts.

Le traitement doit être surtout général. L'intervention chirurgicale est peu souvent utile, souvent dangereuse. RICHARDIÈRE

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Akrokeratoma hereditarium, par NEUBURGER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 1).

L'auteur a observé un cas de dermatose généralisée qui offre des caractères tout particuliers. L'affection a débuté dans la première enfance. La peau présente partout une coloration d'un jaune brunâtre; il en est de même des ongles; la conjonctive et la muqueuse buccale sont colorées en jaune. La peau donne une sensation de rudesse et de sécheresse, surtout aux extrémités, du côté de l'extension. La pigmentation brunâtre est entremêlée de petites taches blanches, du volume d'une tête d'épingle, qui ont le caractère de cicatrices.

C'est particulièrement sur le dos des mains et des pieds que la rudesse de la peau est marquée; elle donne la sensation d'une rape fine ; les plis sont à peine esquissés; un grand nombre de petites saillies donnent au tégument l'aspect d'une peau de chagrin. Il est très épaissi; on a, par places, de la peine à le plisser. Les parties anormales du dos des mains se continuent insensiblement avec les parties saines des paumes. Le dos des pieds présente les mêmes altérations que le dos des mains; elles y sont plus accentuées. La peau ne peut, pour ainsi dire, pas être déplacée sur les parties sous-jacentes. Aux deux pieds et au tiers inférieur des jambes, le contact du pinceau et les piqûres légères ne sont pas perçues, non plus que les sensations de chaud ni de froid ; il en est de même aux mains, à un degré moindre. L'examen histologique d'un fragment de peau montre que l'épaisseur de l'épiderme y est de six à huit fois plus grande qu'à l'état normal. L'épaississement porte surtout sur la couche cornée; la couche épineuse et le stratum granuleux sont aussi plus épais qu'à l'état normal.

Ce fait, d'après l'auteur, se distinguerait de l'ichtyose par les carac-

tères suivants : l'aspect de la peau est celui d'une peau de chagrin; elle n'est pas cloisonnée en champs distincts; les parties malades se continuent insensiblement avec les parties saines. Il n'y a pas trace de desquamation. Un état poudreux que présente par places la surface cutanée, est provoqué artificiellement. L'impossibilité de faire glisser la peau sur les parties sous-jacentes n'existe pas dans l'ichtyose, du moins à ce degré. Enfin, l'examen histologique dénote une hypertrophie de la couche épineuse, tandis que les auteurs indiquent dans l'ichtyose un amincissement du corps muqueux; au contraire, le derme, aminci chez le malade de Neuburger, est épaissi dans l'ichtyose.

Ce cas mérite une place à part parmi les dermatoses. Il offre de l'analogie avec la kératose palmaire et plantaire d'Unna. L'auteur le range dans la catégorie des kératinisations diffuses de la peau, d'où le nom qu'il lui assigne. H. HALLOPEAU.

Du pemphigus des mains (cheiro-pompholyx), par Winkelried WILLIAMS (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 3).

D'après Tilbury Fox, dont la manière de voir a été admise par beaucoup d'auteurs, surtout en Angleterre, un trouble dans l'innervation des glandes sudoripares a pour résultat un accroissement considérable de la sécrétion sudorale; la pression exercée par cette sécrétion exagérée amène l'oblitération des conduits sudoripares dans leur partie supérieure; la sueur s'accumule au-dessus de l'obstacle et il se produit une vésicule dans les couches profondes de l'épiderme. Fox et Crocker assurent que la distribution de ces vésicules répond à celle des glandes sudoripares, et le dernier de ces auteurs dit avoir vu les conduits sudoripares sortir de ces vésicules. Cette relation a été contestée par Santi et Robinson; elle est également niée par l'auteur ; il a pratiqué 108 coupes sans la constater une seule fois : le contenu des vésicules n'est pas de la sueur, mais bien du sérum.

Il tire de ses recherches les conclusions suivantes : 1° une inflammation d'intensité moyenne développée dans la couche papillaire du chorion donne lieu à une exsudation de sérum qui se fait place entre les cellules épineuses et en amène la compression, la dégénération et la destruction ; 2° les vésicules ainsi produites se remplissent de plus en plus de sérum et augmentent de volume ; 3° ultérieurement le contenu des vésicules se dessèche, un nouvel épithélium se forme et les couches superficielles sont éliminées par desquamation avec le contenu desséché : la théorie d'après laquelle les vésicules représenteraient les conduits sudoripares dilatés est réfutée par ces observations. H. HALLOPEAU.

Ueber die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoïde Franke)... (Sur le développement des kystes athéromateux (épidermoïdes de Franke) avec quelques remarques sur les kystes folliculaires et les doubles comédons), par L. TŒRŒK (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, *XII*, 10).

L'auteur s'est surtout occupé de rechercher, d'après les caractères histologiques de ces kystes, s'ils sont dus à la rétention des produits de sécrétion des follicules cutanés, ou si, comme le veut Franke, il s'agit de tumeurs développées aux dépens de germes embryonnaires; il se

prononce en faveur de cette dernière interprétation. Il s'appuie, en premier lieu, sur la présence de papilles dans presque toutes les parois de kystes athéromateux qu'il a examinées; leur nombre et la régularité de leur disposition ne permettent pas, en effet, d'admettre qu'elles aient pu se développer dans le conduit excréteur dilaté d'un follicule. Il invoque, en outre, le siège le plus habituellement sous-cutané de ces tumeurs, et l'absence de toute relation avec les follicules sébacés et pileux; il fait remarquer enfin que leur contenu est composé surtout de cellules kératinisées, de cristaux de cholestérine et de détritus de ces deux ordres d'éléments; on y trouve également des corpuscules calcaires et parfois du pigment hématique; la présence de la graisse y est très exceptionnelle; ce n'est pas là, il est vrai, un argument contre la théorie de la genèse par rétention, car dans des affections qui reconnaissent bien certainement cette origine, telles que les diverses variétés de comédons, le contenu des follicules dilatés consiste surtout en des masses kératinisées; mais ce fait n'en a pas moins une valeur diagnostique, car il montre que la bouillie athéromateuse n'est pas identique au sébum.

L'auteur étudie ensuite les rapports qui existent entre les athéromes et les kystes dermoïdes; il croit qu'il s'agit de productions de même nature; il a trouvé les intermédiaires entre les athéromes de la structure la plus élémentaire et les kystes dermoïdes les plus complexes : les uns et les autres sont d'origine embryonnaire. H. HALLOPEAU.

Ein Fall von periodischen Pigmentwechsel bei einen Kaffern (Cas de changements périodiques de pigmentation chez un Cafre), par Hugo NIEMEYER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 3).

Ce sujet, âgé de 40 ans, a eu, jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, une pigmentation normale. A cet âge, est apparue, dans le dos, en une région qui avait été préalablement recouverte de poils courts et laineux, une petite tache blanche qui s'est étendue peu à peu, a envahi tout le dos, puis a gagné les membres, et a fini par occuper toute la surface du tronc et des membres. Simultanément, ou un peu plus tard, une tache blanche s'est produite à l'oreille gauche et s'est étendue irrégulièrement au visage et au cou, des îlots de peau bruns ou noirs persistant et donnant ainsi à cette région un aspect bariolé. Depuis lors, ces colorations varient, les parties blanches redeviennent noires, et *vice versa*. Ces périodes d'alternance ont une durée qui varie de trois à douze mois. Il y a une certaine symétrie dans la distribution des taches du visage. Les parties blanches ne sont pas complètement décolorées; leur ton est celui de la peau d'un Européen. H. HALLOPEAU.

L'érythrasma et son parasite, par DE MICHELE (*Giorn. ital. delle malatt. vener.*, *XXVI*, 2).

L'érythrasma est une maladie parasitaire spéciale, distincte de l'herpès tonsurant, de l'eczéma marginé, du pityriasis versicolor et des lésions intertrigineuses. Le parasite filamenteux que Bizzozero et Firket appellent leptothrix epidermidis n'est pas la véritable cause de la maladie, et sa présence est accidentelle et banale. M. attribue cette cause à un parasite également en filaments plus courts et très minces, et qui donne des cultures d'une coloration rougeâtre sur la pomme de terre. Ce serait là le véritable microsporon minutissimum et l'agent pathogène de l'érythrasma. F. BALZER.

Ueber Ulerythema sycosiforme, par A. SACK (*Monatsh. für prakt. Dermatol. XIII*, 4 et 5).

Il s'agit d'une dermatose qui a débuté par le cuir chevelu, y a déterminé une plaque de calvitie complète avec atrophie du cuir chevelu, a envahi ultérieurement la barbe, a peu à peu intéressé, dans leur totalité, les parties velues de la face en s'accompagnant d'une vive irritation de la peau, de chute des poils et d'une atrophie diffuse et progressive du derme. Il ne s'est produit que tardivement une abondante suppuration qui a donné à l'éruption une grande ressemblance avec le sycosis; la production d'une large cicatrice complètement lisse suffit à l'en distinguer.

L'examen bactériologique a donné des résultats négatifs. Les examens histologiques ont montré qu'il ne s'agit pas d'une inflammation suppurative; le processus a consisté, non dans une émigration de corpuscules du pus, mais bien dans une prolifération des cellules du derme. Il s'agit d'une inflammation chronique et hyperplasique qui aboutit à l'atrophie du tissu; l'auteur l'appelle *dermite périfolliculaire parenchymateuse atrophiante* : elle rentre dans la définition qu'a donnée Unna de ses ulérythèmes. H. HALLOPEAU.

Bemerkungen über Lichen planus im Sæuglingsalter, par Colcott FOX (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XIII*, 6).

Le lichen plan est rare chez les enfants; cependant l'auteur a pu en observer une douzaine de cas chez des nourrissons; l'éruption est alors difficile à distinguer des syphilis des papuleuses, de certains eczémas, de certaines éruptions miliaires : néanmoins, les contours anguleux des papules, leur surface plane, leur dépression centrale et leur couleur variant de celle de la peau normale au rouge purpurique, permettent d'arriver au diagnostic. Après la première enfance, le lichen plan devient de plus en plus rare jusqu'à l'âge de 20 ans. H. H.

Sur le lichen ruber, par MINUTI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVI*, 2).

Le lichen ruber de Hebra et le lichen plan de Wilson sont deux variétés de la même maladie pouvant coexister chez le même individu. La forme acuminée est plus fréquente en Allemagne, la forme plane en France; cette maladie est rare en Italie. L'origine trophoneurotique s'appuie sur la fréquence et la gravité variable des troubles du système nerveux. La nature bacillaire, admise par Lassar, n'a pas été confirmée par d'autres auteurs. Le lichen ruber est avant tout une dermite du stratum papillaire ayant son point de départ dans le système vasculaire; les altérations de l'épiderme sont secondaires; les lésions des appareils glandulaires et pileux n'appartiennent qu'aux stades avancés de la maladie. L'arsenic est le véritable remède du lichen ruber, bien qu'on ne doive pas négliger la thérapeutique externe. F. BALZER.

Un caso di psoriasi in gravidanza, guarito con provocazione del parto prematuro, par L. ROSSI (*La Riforma medica*, 25 mai 1891).

Rossi rapporte l'histoire d'une femme de 22 ans qui, au 7e mois d'une deuxième grossesse, fut prise d'une éruption généralisée dans l'espace de

4 jours qu'il qualifie de psoriasis. Au bout d'un mois, la malade fut traitée par des moyens assez anodins et présenta une amélioration rapide, mais ne tarda pas à avoir une rechute, suivie d'une amélioration rapide et d'une nouvelle rechute plus grave que les deux premières atteintes. L'état généra étant mauvais, l'insomnie résistant aux traitements employés, on provoqua l'accouchement, qui fut suivi de la disparition rapide et définitive de l'éruption.

GEORGES THIBIERGE.

Die Behandlung der Psoriasis mit Aristol, par RAFF (*Arch. f. Derm. und Syph., XXIII* 3).

L'auteur rappelle que l'aristol a été employé déjà dans le traitement du psoriasis, par Eichhoff, Schuster, Schirren, Neisser.

Il rapporte 5 cas dans lesquels l'aristol, employé à 10 0/0 en pommade, en collodion et traumaticine, a guéri ou amélioré très notablement le psoriasis; dans 5 autres cas, le traitement n'a pas été suivi assez longtemps. L'action de l'aristol sur le psoriasis est indéniable, mais il faut se rappeler que le psoriasis est sujet aux rémissions spontanées. Les faits manquent pour dire si l'aristol peut préserver ou non des récidives.

F. BALZER.

The treatment of dermatitis herpetiformis, par Louis DUHRING (*Americ J. of the med. sc., p.* 130, *février* 1891).

Pour le traitement local, il faut se rappeler que la caractéristique de l'affection est d'être multiforme : tantôt érythémateuse, tantôt vesiculeuse ou pustuleuse. La première forme est plus difficilement influencée par le traitement que la seconde. Sur quel principe doit reposer ce traitement? On doit, à ce point de vue, considérer une forme aiguë, subaiguë et chronique ; ce sont les deux dernières que l'on est presque toujours appelé à traiter. La généralisation de l'éruption, la répétition presque constante des attaques, vient entraver et compliquer le traitement. Les stimulants seuls paraissent avoir quelque action, le soufre, sous forme d'onguent dans quelques cas, le goudron appliqué jusqu'à obtenir un effet légèrement caustique. L'ichthyol est moins actif que le goudron; de même la résorcine, le thymol et l'acide phénique.

Les bains chauds ont été donnés avec bénéfice ; dans un cas d'érythème avec vésicules, un bain d'une heure de durée chaque soir fut très bien accepté par le malade sans que cependant le sommeil en devînt meilleur pendant la nuit. Le même malade reste toute une nuit dans son bain et calme ainsi ses douleurs, mais la guérison n'est pas plus rapide.

Le traitement interne n'est guère plus efficace (sauf à l'arsenic), à moins d'être associé au traitement hygiénique. F. VERCHÈRE.

Note sur un cas de fibrome de la peau (molluscum pendulum), de dimensions énormes, par L. DESGUIN (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, mai* 1891).

Une femme de 45 ans portait un molluscum du poids de 17 kilog., qui, par un pédicule large de 15 centimètres et épais de 2 à 3 centimètres, s'implantait à la nuque et à l'épaule gauche. Ce pédicule donnait passage à des vaisseaux volumineux.

Dès la naissance il existait à la nuque une excroissance très petite, semblable à une verrue; mais la tumeur n'aurait pris un développement important qu'après l'âge de trente ans. L'extirpation a été faite sans difficulté, et le pédicule lié au moyen d'une chaîne de six fortes ligatures de soie. LEFLAIVE.

Géromorphisme cutané, par A. SOUQUES et J.-M. CHARCOT (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, n° 3, p.* 169, 1891).

Observation d'une jeune fille de 21 ans, chez laquelle, à la suite d'une affection cutanée de nature inconnue, la peau devenue trop large s'est creusée de rides sur presque toute la surface, en même temps qu'elle devenait flasque, pendante, mobile sur les plans sous-jacents, prenant, en un mot, le masque de la sénilité. Cette altération cutanée s'est développée très rapidement. Seule la peau est altérée, surtout dans les éléments de la couche dermique. En outre certaines régions sont à peine touchées, comme les extrémités des membres, la partie supérieure de la face. Cet état pathologique doit être placé à côté de certaines cachexies innomées, à côté du myxœdème, etc. mais il ne peut s'agir ici de sénilité, même précoce, au sens strict du mot; en effet, la peau seule, et encore dans quelques-uns de ses éléments, est altérée, les divers viscères, les divers appareils, les tissus, sont d'une femme de vingt ans.

G. LYON.

I. — Report of a case of Paget's disease of the right nipple, par Henri O'NEILL (*Brit. med. j., p.* 846, 18 *avril* 1891).

II. — Thirteen cases of Paget's disease (13 cas de maladie de Paget), par Anthony A. BOWLBY (*Ibidem*, 16 *mai* 1891).

I. — Femme de 54 ans, ayant nourri huit enfants. En 1882, elle s'aperçoit que le mamelon droit est irrité et laisse suinter un liquide aqueux : la peau est, à ce niveau, rouge et douloureuse. En 1885, on constate une ulcération très pénible entourant le mamelon sur une étendue de 2 pouces : rouge, profonde, exsudant une sérosité gommeuse et âcre. Cet état persiste en s'aggravant de 1885 à 1889. Amputation le 6 février 1889 et curage de l'aisselle, dont les ganglions commencent à se prendre. Guérison immédiate; mais cinq mois après, amaigrissement, douleurs dans la région du foie et du rein droit, nodules de lymphangite sur la peau de l'aisselle. Consomption progressive et mort dans la cachexie le 27 octobre.

La présence d'une ulcération initiale du mamelon est rare en pareil cas ; la lenteur de l'évolution (6 ans 1/2) également. La tumeur fut examinée : il s'agissait d'un épithéliome présentant les psorospermies décrites par Darier.

II. — Confirmation de la présence sur le mamelon et dans les sécrétions épidermiques de la mamelle, des corps signalés par Darier comme étant des prorospermies. Aussi l'auteur croit-il nettement à l'origine parasitaire de la maladie. Quant à amener la dégénérescence cancéreuse ultérieurement, c'est là un point discuté : l'auteur n'y croit pas pour son compte.

Hutchinson a rencontré des coccidies et des psorospermies dans 5 cas d'eczéma chronique du mamelon.

D'Arcy Power a expérimenté la virulence de la sécrétion et a cherché à provoquer du cancer chez les animaux. Il n'a pu y réussir, mais il a déterminé des suppurations locales.

H. R.

Pathologisch-anatomische Beiträge zur Elephantiasis congenita, par JORDAN (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., VIII*, 1, *p.* 71).

De deux autopsies d'éléphantiasis congénital, l'une de la fesse, l'aure de la jambe et du pied droits, Jordan conclut que c'est le système vasculaire (et plus particulièrement les capillaires) qui est le point de départ de l'hyperplasie conjonctive. Il y a néoformation de capillaires,

épaississement de leurs parois et consécutivement augmentation du tissu conjonctif. Les nerfs sont lésés, mais beaucoup moins que le derme et le tissu sous-cutané ; il n'y a là qu'une différence quantitative, correspondant à la moins grande quantité de tissu conjonctif que l'on trouve normalement dans les nerfs, par rapport à celle qui existe dans le derme et l'hypoderme. Il existe en effet une hyperplasie du tissu conjonctif de tous les organes composés qui appartiennent à la région malade. L'auteur pense que c'est la lésion des vaisseaux qui est congénitale. C. LUZET.

Contributo alla ricerca dei microorganismi nel pemfigo cronico, par DE MICHELE (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVI*, 1).

Dans un cas de pemphigus chronique l'auteur a pu isoler un microbe dont les colonies s'enfoncent dans l'agar sous la forme d'un clou blanchâtre. C'est un microcoque très petit, isolé ou groupé en chaînettes ou en zooglées, dont le milieu de culture le plus favorable est l'agar. Dans les divers tissus, ce microcoque est également en éléments isolés ou en chaînettes. Dans la peau on le trouve souvent dans le derme, où il existe en zooglées dans les points les plus altérés. L'auteur l'a trouvé aussi dans les reins et dans la rate. Il manque dans les centres nerveux. Ce microbe est bien toléré par les animaux et ne détermine pas chez eux de suppuration. F. BALZER.

Pemphigus des nouveau-nés, par BODENSTAB (*Dissert. inaug. Halle*, 1890).

L'auteur a observé une petite épidémie de pemphigus : 12 enfants nouveau-nés furent simultanément atteints, tous mis au monde par la même sage-femme. L'épidémie cessa le jour où la sage-femme fut suspendue de ses fonctions. Trois enfants moururent, et l'affection gagna par contagion quelques adultes. Le contenu des bulles renfermait du staphylocoque doré et du staphylocoque blanc. H. R.

. — Alcune ricerche batteriologiche su di un caso di rinoscleroma, par JAJA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVI*, 1).

II. — Un nuovo metodo di colorazione dei bacilli del rinoscleroma, par MIBELLI (*Ibid.*, *XXVI*, 2).

I. — Jaja rapporte une observation de rhinosclérome à l'occasion duquel il a expérimenté diverses substances antiseptiques de manière à juger la résistance du parasite. L'acide phénique à 1 0/0, déjà employé avec succès dans un cas par Stoukovenkoff, ne lui a pas donné le même résultat ni expérimental ni clinique. La résorcine ne s'est pas opposée non plus au développement des cultures, même à 10 0/0. Le sublimé, employé à 1 0/0, a déterminé chez le malade une irritation excessive. A 3 0/00, le sublimé empêche le développement des cultures bien mieux que l'acide phénique ; pourtant, même à cette dose, il ne donne pas de bons résultats quand on l'injecte dans les tissus. Le bacille meurt au bout de cinq minutes d'exposition à une température de 100°. L'inoculation chez le lapin a échoué.

II. — Mibelli emploie le carmin aluné de Grenacher : il en fait une solution dans l'eau bouillante à 4 0/0. On y fait séjourner les coupes environ une heure, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une bonne coloration des

noyaux; on lave dans l'alcool et l'on monte dans la résine dammar. On obtient ainsi une coloration des bacilles, mieux réussie que par les autres méthodes. F. BALZER.

De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe, par DUBREUILH et LAUCHÉ (*Arch. de méd. expér., II, p.* 5, 601).

Une femme, occupée à laver les linges d'un phtisique, voit se développer sur le côté dorsal des doigts de la main droite des lésions chroniques qui sont bientôt reconnues comme constituant une tuberculose verruqueuse digitale. Il s'ajoute une lymphangite gommeuse du membre et de nombreux ganglions tuberculeux de l'aisselle.

Il y a, dans cette tuberculose cutanée verruqueuse, une variété intéressante, à rapprocher des autres formes : 1° ulcère tuberculeux primitif; 2° ulcère tuberculeux secondaire ; 3° ulcère tuberculo-gommeux ; 4° lupus. C'est sans doute le nombre différent des bacilles, la virulence inégale, la disposition du terrain, etc., qui règlent ces évolutions diverses.

GIRODE.

Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau, par ANGIBAUD (*Thèse de Paris*, 1891).

Dans ce travail basé principalement sur des recherches faites par Darier, l'auteur affirme la nature tuberculeuse de cette affection. Par sa structure histologique, le petit nombre des bacilles, la lésion se rapproche du lupus et surtout du lupus scléreux de Leloir et Vidal. Il n'y a pas lieu d'établir de distinction entre ce lupus scléreux et la tuberculose verruqueuse de la peau décrite par Riehl et Paltauf. Il y a aussi de grandes analogies avec le tubercule anatomique, comme lésions et comme aspect clinique.

Les légères différences qui les séparent au point de vue clinique relèvent simplement de la différence de réaction du terrain sur lequel se fait l'inoculation du bacille tuberculeux. F. BALZER.

Glossite papuleuse aiguë, par P. MICHELSON (*Berlin. klin. Wochens., n°* 47, *p.* 1094, 24 *novembre* 1890).

Femme de 34 ans, prise brusquement, le 4 juillet, de fièvre, de frissons et de douleurs ardentes à la langue qui, le jour même, était couverte d'élevures blanches. Les deux jours suivants, nouvelles poussées semblables. Le 6 juillet, apyrexie; sur le dos de la langue, une dizaine d'élevures rondes, variant d'une tête d'épingle à un gros pois, et faisant une saillie de 1 1/2 à 3 millimètres. Leur surface est d'un blanc laiteux opaque et un peu jaunâtre au centre des plus volumineuses; les papules, de grosseur moyenne, sont légèrement ombiliquées. Leur toucher est peu douloureux ; aux piqûres, elles ne fournissent aucun liquide. A leur voisinage immédiat, la muqueuse linguale présente de la rougeur, qui se confond insensiblement avec la teinte normale. A la face interne de la lèvre inférieure, en face de l'incisive interne gauche, se voit une papule, blanc jaunâtre, grosse comme une tête d'épingle, encadrée par une aréole de 3 millimètres de muqueuse rouge et gonflée. Gingivite : la pression sur les gencives gonflées est douloureuse et donne issue à un liquide concrété à la base des couronnes dentaires sous forme d'enduit crémeux jaunâtre. Un peu de salivation, fétidité modérée de la bouche. Adénite cervicale gauche. Le lendemain, toutes les élevures de la

veille ont grossi et quelques-unes confluent sur leurs bords. L'aspect des papules les plus anciennes s'est assez notablement modifié : entre leur ombilication centrale et leur partie périphérique, s'est formée une zone intermédiaire représentant un cercle pointillé, brun rougeâtre, large de 1 à 2 millimètres, et leurs talus marginaux ont pris une teinte rougeâtre livide. L'entourage de ces élevures est moins rouge que celui de celles qui sont plus petites et plus récentes.

Le surlendemain, les papules anciennes sont un peu affaissées, leur consistance moins dure et leur coloration uniforme, jaune verdâtre. Dès le jour suivant, elles sont remplacées par des érosions superficielles recouvertes de pus et circonscrites par un rebord finement dentelé. L'adénite a disparu et la gingivite est en voie de régression.

Examen microscropique de 2 papules récentes excisées. Épithélium très ramolli, creusé de nombreuses cavités de grandeur variable, vides ou ne contenant que des caillots fibrineux en filaments ressemblant à des toiles d'araignée; noyaux cellulaires encore colorés. Les cellules épithéliales ainsi altérées sont séparées de la couche papillaire par deux ou trois rangs de cellules finement granuleuses, fusiformes, en partie munies de noyaux pâles, et placées horizontalement les unes à côté des autres. En haut, ces cellules granuleuses sont recouvertes d'une lamelle homogène, analogue à une cuticule. Les papilles sont hypertrophiées et infiltrées de cellules rondes qui remplissent souvent le calibre de leurs vaisseaux sanguins. L'infiltration de petites cellules s'étend aux autres parties conjonctives de la muqueuse, mais diminue d'intensité dans les couches profondes. La portion épithéliale des efflorescences contenait de grandes quantités de bactéries qu'on retrouvait en quantité beaucoup moindre dans la portion sous-épithéliale. Mais partout c'était un mélange de microcoques et de bacilles, sans prédominance d'aucune forme bien caractérisée. J. B.

Beitrag zur Glossopathologie (Glossite superficielle chronique), par M. JOSEPH (*Deutsche med. Woch., n° 18, p.* 618, 1891).

Il s'agit, d'après l'auteur, de la maladie que Möller, de Königsberg, a décrite sous le nom de glossite superficielle chronique en 1851, et dont Michelson a publié, en 1890, trois observations (*R. S. M.*, XXXVIII, 212). On ne trouve pas cependant ici les plaques si nettement délimitées dont parlent les auteurs.

Femme de 23 ans, paraissant bien portante, souffrant depuis 2 ans 1/2 d'une affection linguale. La langue est rouge, sillonnée de profondes rhagades, avec des papilles saillantes. La teinte rouge a son maximum au niveau de la pointe et des bords.

A la face interne des joues existent deux traînées blanchâtres, larges d'un centimètre, au-dessous desquelles on trouve une surface saignante. Même dépôt sur plusieurs points des gencives. Rien au palais ni au pharynx.

La langue est douloureuse au contact; les mouvements en sont pénibles. Pas de troubles du goût. La salivation est un peu augmentée. Salive alcaline.

On essaye divers médicaments. Le plus efficace est l'acide lactique, mais l'amélioration n'est que passagère. L. GALLIARD.

Un cas d'actinomycose de la face, par DARIER et GAUTIER (*Annales de derm., juin* 1891).

Femme, âgée de 25 ans, habitait Paris depuis 7 ans, originaire de Prusse. En janvier 1890 abcès dentaire à la 2e incisive supérieure droite, qui guérit sans incident ; en octobre, apparition, à la joue du même côté, d'une tumeur dure, rouge, qui suppure un peu et s'entoure de nodules satellites, qui sup-

purent également. Cette tumeur, qui occupe presque toute la joue, est mamelonnée, d'une consistance inégale, dure ou molle par places, rouge, chaude, douloureuse à la pression. Ganglions sains. Etat général excellent. Le pus contient des grains d'actinomyces facilement démontrée par l'examen microscopique. Gautier traite la malade par l'application de son procédé électro-chimique: implantation de deux aiguilles de platine reliées aux deux pôles d'une batterie, dans les nodules de la tumeur et injection, toutes les minutes, de quelques gouttes d'une solution de KI au 1/10ᵉ. L'opération, qui dure 20 minutes, a été faite 4 fois sous le chloroforme, à 8 jours d'intervalle. La malade a fini par guérir complètement sous l'influence de ce traitement avec une cicatrice satisfaisante. F. BALZER.

I. — Zur Frage über die Veränderungen der Knochen... (Altérations des os dans la lèpre, ostéite et ostomyélite lépreuses), par SAWTSCHENSKO (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *IX*, 2, *p*. 241, 1891).

II. — Protective antagonistic inoculation in leprosy, par Beaven RAKE (*Brit. med. J.*, *p*. 12, *janvier* 1891).

III. — Traitement de la lèpre par l'élongation des nerfs, par A. MITRA (*Americ. J. of the med. sc.*, *juillet* 1891).

I. — Les bacilles apportés par voie sanguine pénètrent dans les cellules de la moelle, y forment des vacuoles, et, par leur multiplication, arrivent à tuer l'élément, dont le noyau ne se colore plus. Les bacilles mis en liberté irritent le tissu et provoquent la formation de nodules inflammatoires à cellules épithélioïdes, puis les zoogloées passent dans les vaisseaux lymphatiques, les thrombosent et y développent des pseudo-cellules géantes. Autour des nodules lépreux, l'os est résorbé par les ostéoclastes, et ce processus peut être suivi à la fois dans la cavité médullaire, sous le périoste et dans les canaux de Havers. De plus, on peut noter la pénétration des bacilles dans les cavités des corpuscules osseux et la destruction des cellules osseuses par ces micro-organismes. C. LUZET.

II. — On sait que sous l'influence de la variole, de l'érysipèle, de la pneumonie, les tubercules de la lèpre peuvent disparaître et l'affection locale rétrocéder comme le lupus. Beaven Rake a cherché à produire les mêmes effets par l'inoculation sous-cutanée du bacille lépreux. Voici le résultat de ses expériences :

a) Dans les formes de lèpre anesthésique, l'inoculation amène de la rougeur, du gonflement momentané, parfois de la suppuration, mais point d'effets permanents;

b) Dans la lèpre tuberculeuse parfois se produit une ulcération locale avec destruction sur place des tubercules, mais jamais sur une grande étendue, ni d'une façon définitive;

c) Dans les formes fébriles, aucun bon résultat. H. R.

III. — Après avoir constaté l'inutilité de la plupart des traitements employés, l'auteur, dans 57 cas de lèpre anesthésique, a expérimenté l'élongation. Les résultats sont, dans la grande majorité des cas, très satisfaisants lorsqu'on pratique l'élongation dès les premières périodes de l'affection. Malheureusement l'amélioration n'est que temporaire. Le patient est généralement amélioré au point qu'il peut quitter l'hôpital en se croyant guéri, les ulcérations en bonne voie de cicatrisation,

et l'état général très amélioré. Ce n'est cependant qu'un traitement palliatif. Sur 45 cas traités ainsi, on a obtenu 14 améliorations très notables, 8 améliorations légères; 23 fois il n'y eut aucun changement.

A. VERCHÈRE.

Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Uebertragung durch Heredität oder Contagion (Transmissibilité de la lèpre par hérédité ou contagion), par **ARNING** (*Arch. f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 1).

La connaissance du bacille de Hansen ne nous a pas encore conduits à des notions précises sur la pathogénie de la lèpre, et sur la pénétration de cet organisme dans le corps humain. Y a-t-il transmission héréditaire? cela paraît douteux; il n'existe pas de lèpre fœtale analogue à la syphilis fœtale. La lèpre est chez l'enfant ce qu'elle est chez l'adulte. L'auteur fait observer que la lèpre atteint de bonne heure les ovaires chez la femme et les testicules chez l'homme. Les fonctions génitales sont rapidement compromises. L'auteur en tire contre l'hérédité fréquente de la lèpre un argument qui n'est pas sans valeur. Sans la repousser complètement, il croit qu'elle crée plutôt une prédisposition, et que la lèpre infantile peut être attribuée souvent à une contagion précoce dans le milieu lépreux. Il est remarquable de voir que dans les familles de lépreux, quelques-uns des enfants échappent à la maladie, d'où la proposition que l'auteur a faite au gouvernement hawaïen d'isoler des familles lépreuses les enfants sains. D'autre part, l'auteur rappelle les faits concluants dans lesquels la lèpre ne peut être attribuée qu'à la contagion. L'homme est le seul véhicule de la contagion. La lèpre n'est pas héréditaire, mais c'est pourtant une maladie de famille; chaque cas crée autour de lui un foyer qui s'étend plus ou moins, suivant les circonstances. La vaccination de bras à bras, pratiquée avec négligence, peut être certainement une cause de diffusion de la maladie. L'auteur cite le rapide développement d'une cinquantaine de cas, dans des localités de Hawaï, après des vaccinations faites ainsi sans discernement. L'auteur a pu s'assurer que la lymphe des boutons du vaccin contient des bacilles chez les lépreux, quelquefois même dans la peau saine en apparence. Dans les pays où la maladie existe, la vaccination de bras à bras doit être défendue. On a aussi accusé les moustiques de véhiculer les germes de la maladie; l'auteur a examiné plusieurs fois des moustiques gorgés de sang de lépreux, sans constater la présence des bacilles. F. BALZER.

I. — **Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire, par LELOIR** (*Ann. de derm.*, nos 8 *et* 9, 1891).

II. — **Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire, par LELOIR et TAVERNIER** (*Ibid.*).

III. — **Note sur la nature d'un lupus érythémateux, par HALLOPEAU et JEANSELME** (*Ibid.*).

I. — Le lupus doit être considéré comme une tuberculose tégumentaire peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire classique par ses caractères spéciaux : 1° bacilles peu nombreux; 2° nécessité d'inoculer de gros morceaux dans un mi-

lieu favorable (péritoine du cobaye ou œil du lapin); 3° lenteur d'infection de l'animal. Le lupus serait donc moins virulent que les gommes tuberculeuses tégumentaires et surtout que la tuberculose cutanée vraie.

II. — La suppuration du lupus est surtout sous la dépendance des microbes pyogènes et en partculier du staph. aureus. Les microbes activent la marche des ulcérations, et leur action nocive doit être enrayée à tout prix.

III. — Homme âgé de 35 ans, scrofuleux dès l'enfance, atteint à la face d'un lupus érythémateux étendu et nettement caractérisé, avec retentissement sur les ganglions du cou; le malade succombe bientôt à une poussée de granulie pulmonaire.

Des fragments volumineux de ce lupus ont été inoculés dans le péritoine de quatre cobayes. L'un est mort d'accident septicémiques, les trois autres ont survécu; mais les inoculations n'ont pas donné de résultat. On peut se demander, en présence de ce nouvel échec de l'expérimentation, si le lupus érythémateux n'est pas une forme de tuberculose tellement atténuée qu'elle soit devenue incapable d'être transmise par l'inoculation. F. BALZER.

Ueber Autotuberculinisation beim Lupus, par P.-G. UNNA (*Berlin. klin. Wochens., n° 25, p. 609, 22 juin 1891*).

La tuberculine de Koch n'a d'action que sur les éléments jeunes, hypertrophiques du lupus, à savoir, les cellules de plasma et le tissu fibreux. Pour en bénéficier, pas n'est besoin de recourir aux injections de Koch, puisque chaque lupique porte avec lui un réservoir de tuberculine qu'il suffit de mobiliser, de faire entrer dans le système circulatoire. A cet effet on recourra aux agents résorbants. Laissant de côté les agents d'ordre chimique qui pourraient décomposer la tuberculine, dont la nature est encore inconnue, Unna s'adresse au massage. Mais pour ne pas rompre le fragile revêtement d'épiderme, il interpose une gaze emplastique au zinc; si la peau est déjà ulcérée, il applique un morceau de gaze à l'acide salicylique et à la créosote, dont les effets fondants s'ajoutent à ceux du massage.

Les manipulations se composent de pressions et de pétrissages pratiqués avec 2 ou 4 doigts à travers la gaze, qu'on laisse en place entre les séances pour absorber les sécrétions. Chaque jour, Unna masse, de 1 à 3 minutes au plus, une étendue de 1 marc. Les effets du massage s'étendent à distance et se traduisent, suivant qu'il est plus ou moins énergique, soit par un simple affaissement, soit même par de la rougeur des portions non touchées du lupus. Immédiatement après la séance, la partie massée est rouge vif et œdématiée; mais dès le lendemain elle est déjà plus aplatie qu'avant le traitement. Sur aucun de ses 14 lupiques Unna n'a observé de fièvre.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas d'un traitement radical du lupus. C'est tout simplement le traitement préparatoire à l'emploi des cautérisations, c'est-à-dire une médication résorbante analogue aux scarifications de Squire et de Vidal (*R. S. M.*, XV, 603) dont le mode d'action, mystérieux jusqu'ici, doit s'expliquer de la même façon par une autotuberculinisation. J. B.

Ueber Adenoma sebaceum, par CASPARY (*Archiv f. Derm. und Syph., XXIII, 3*).

L'auteur a observé, en 1888, une jeune fille de 19 ans, juive de la Pologne

russe, brune et assez robuste, dont le nez, les joues, le front, étaient couverts de très nombreuses excroissances rouges ou jaunâtres, arrondies, très voisines, sans confluence. Ces tumeurs ne présentaient ni centre ni orifice; leur volume variait beaucoup et atteignait pour les plus grosses celui d'une lentille. Elles étaient d'une consistance ferme, sans angiectasie, sans séborrhée. Les tumeurs étaient surtout nombreuses à la lèvre supérieure et n'existaient qu'à la face. Cette éruption, au dire de la malade, serait survenue à la suite d'une variole dont la période de desquamation avait été fort longue et prolongée peut-être par l'application de pommades irritantes. L'auteur dit que les caractères cliniques et histologiques de ces tumeurs sont tels qu'il n'hésite pas à rapprocher son observation de celles qui ont été publiées par Balzer avec Ménestrier et Grandhomme, puis par Pringle. Il adopte volontiers le nom d'adénome sébacé, que ces auteurs ont employé.

F. BALZER.

Traitement du lupus; emploi des greffes dermo-épidermiques, par BAUR (*Thèse de Nancy*, 1891).

L'auteur, après avoir étudié les divers modes de traitement du lupus, examine un procédé employé d'abord par Hahn, puis repris en ces derniers temps par Vautrin à Nancy. L'ablation du lupus est faite au bistouri; puis sur la cuisse ou l'avant-bras on prend un lambeau de dimension supérieure à celle de la plaie obtenue à l'aide du rasoir couché à plat de manière à détacher un fragment de peau aussi épidermique que possible, n'entamant que le sommet des papilles. On fait ensuite un pansement humide aseptique renouvelé du 3e au 4e jour ou un pansement sec renouvelé le 8e jour. Les observations rapportées par l'auteur montrent qu'on peut obtenir ainsi une guérison réelle.

F. BALZER.

Traitement du lupus par le chlorure d'or, par J. RUSIN (*Meditzin. Obozrenië*, *p.* 509, *n°* 5, 1891).

Femme de 40 ans, atteinte de lupus depuis 13 ans. Injections sous-cutanées d'une solution à 1/100 de chlorure d'or, combinée avec une solution à 1/100 de cyanure de potassium. Le lupus envahissait toute la face, le nez, le front, les joues, la voute palatine, avec des ulcérations suintantes. En 11 jours six injections furent pratiquées, correspondant à une dose de 0,005 de chlorure d'or, et de 0,0005 de cyanure de potassium par injection. Il y eut un mieux notable dès le 2e jour; diminution du gonflement de la face, dessiccation des ulcères, cicatrisation des parties érodées, qui devinnrent granuleuses. Les injections étaient parfois suivies de frissons et d'un peu de fièvre. H. R.

I. — Sul fungo del favo, par MIBELLI (*La Riforma medica, p.* 817, 27 *mars* 1891),

II. — Ancora sul fungo del favo, par LE MÊME (*La Riforma medica, p.* 37, 9 *avril* 1891).

I et II. — En cultivant sur divers milieux nutritifs des fragments de godets faviques empruntés à des godets du cuir chevelu ou de la peau, anciens ou récents, chez trois sujets différents, Mibelli a obtenu des cultures d'un champignon toujours identique à lui-même, mais présentant des caractères microscopiques variables suivant le milieu de culture employé et suivant l'âge de la culture.

Il conclut de ses recherches que les différences relevées par Quincke,

Kral, Frank, qui ont cru distinguer plusieurs espèces de champignons du favus, ne sont pas démonstratives, qu'elles peuvent tenir à des différences d'âge et de terrain de culture et qu'elles ne suffisent pas à établir que le favus vulgaire et le favus herpétique sont dus à des parasites différents. GEORGES THIBIERGE.

Untersuchungen über Favus, par PICK (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 1).

L'auteur a recherché si le favus des régions pileuses diffère, par certains caractères, du favus des régions glabres, et en particulier s'il est précédé, dans son développement, d'un stade herpétique, comme cela arrive quelquefois dans les régions glabres. D'après l'examen de 22 cas, il croit qu'il n'existe pas plusieurs espèces de favus et que celui des régions pileuses ne diffère pas de celui des régions glabres. La pénétration plus ou moins profonde du parasite et la formation du godet dépendent de la variabilité des conditions locales. Quant au stade herpétique, il peut être observé dans les deux régions, et il peut être remplacé par un simple érythème.

De l'examen des cultures et des résultats obtenus par l'inoculation soit du godet, soit du produit des cultures, l'auteur conclut que le processus du favus est toujours identique et causé par un champignon bien caractérisé. F. BALZER.

Su di un caso di fibromi multipli cutanei con metamorfosi sarcomatosa, par CIMMINO (*Giorn. ital. delle ven.*, *XXVI*, 1).

Homme de 42 ans, portait à la région sacro-fessière gauche une tumeur en forme de pli cutané datant de la naissance. Cette tumeur est devenue plus grosse, plus douloureuse depuis quelque temps. En examinant le malade on trouve en outre en divers points de la surface cutanée un nombre considérable de petites tumeurs de même nature, 450 environ. Ces tumeurs ont apparu depuis la naissance, au dire du malade, mais n'ont grossi que très lentement. Seule la grosse tumeur de la région sacrée a pris un rapide développement. L'auteur croit qu'il s'agit de fibromes cutanés multiples en voie de métamorphose sarcomateuse, diagnostic vérifié par l'analyse histologique. Il donne, à propos de cette observation, la liste complète des faits déjà publiés. F. BALZER.

Erythème eczémateux à la suite des pansements au salol, par A. CARTAZ (*Arch. int. de laryng.*, *IV*, 5).

Cartaz rapporte trois cas d'érythème plus ou moins étendu survenu à la suite d'insufflation de poudre de salol dans les cavités nasales ou de pansements avec une pommade salolée après diverses opérations sur le nez Cette éruption, étendue à l'aide du nez, avait pris dans un cas les allures d'un véritable eczéma. La suppression du salol amena la disparition rapide des accidents.

Cartaz attribue ces accidents au dédoublement du salol au contact de corps gras, vaseline, sécrétion sébacée de la peau, mais il pense qu'il existe chez les sujets une certaine prédisposition créée par l'état arthritique ou des manifestations cutanées antérieures. A. C.

Éruptions ioduriques séreuses, par GÉMY (*Annales de derm.*, nos 8 et 9, 1891).

L'auteur rapporte une série d'observations qui démontrent le polymor-

phisme des éruptions ioduriques et donne à ce sujet la bibliographie des cas publiés jusqu'ici. La pathogénie de ces éruptions est encore obscure. D'après Behrend, Grancher, elles pourraient résulter de la production de substances toxiques mises en liberté ou développées au contact du médicament introduit dans le sang. L'auteur, sans pouvoir fournir de preuves, pense que l'éruption pourrait bien être produite par un micro-organisme entrant en activité sur un terrain préparé par l'iodure de potassium. F. BALZER.

Della euforina in alcuni dermatosi comuni e nelle manifestazioni ulcerate veneree e sifilitiche, par G. PERONI et R. BOVERO (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, p.* 305, *juin* 1891).

L'euphorine peut être employée en dermatologie sous forme de poudre fine ou de solution alcoolique (10 à 50 0/0) ou en pommades à base de vaseline ou d'axonge (10 à 20 0/0) ou en savons surgras. Elle donne des résultats bien supérieurs à ceux des autres antiseptiques pulvérulents. Elle supprime presque complètement la suppuration, fait cesser très rapidement l'odeur désagréable de quelques ulcérations vénériennes; les granulations qui se forment sont de dimensions égales, et il en résulte que la cicatrice est plus unie qu'avec les autres modes de traitement; elle paraît empêcher la suppuration des ganglions inguinaux dans le chancre simple. Outre son action antiseptique, l'euphorine possède une action analgésique peu considérable, mais cependant réelle. Peroni et Bovero ont employé cette substance dans la balanite, le chancre simple, le chancre syphilitique, les plaques muqueuses ulcérées, les gommes, le zona, l'eczéma, la tuberculose cutanée, les brûlures. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber das Antipyrin bei der Behandlung von Hautkrankheiten (Emploi de l'antipyrine dans le traitement des dermatoses), par BLASCHKO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 546, 1er *juin* 1891).

II. — Même sujet, par KŒBNER (*Idem, p.* 547).

I. — Blaschko n'a trouvé d'autre publication sur les applications de l'antipyrine contre les affections cutanées, que celle de Nitot. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 22, 1889) relative à l'urticaire.

Blaschko a employé l'antipyrine dans une série de dermatoses où l'élément nerveux joue un rôle, en particulier dans les affections prurigineuses.

1° *Strophulus* ou urticaire papuleuse des enfants. Dans une série de cas, l'antipyrine a non seulement supprimé les démangeaisons qui troublaient le sommeil, mais empêché l'apparition de nouvelles papules.

2° *Urticaire.* Mêmes résultats satisfaisants ; dans un seul cas, ce médicament ne s'est pas opposé à de nouvelles poussées.

3° *Prurit nerveux*. L'antipyrine est extrêmement efficace.

4° *Prurigo* également.

5° *Erythèmes exsudatif, noueux, pêliose rhumatismale.* Dans les cas s'accompagnant d'arthralgies, l'emploi de l'antipyrine est tout indiqué, vu ses bons effets dans le rhumatisme articulaire.

6° *Herpès zoster*. L'antipyrine est le meilleur agent contre les névralgies de cette affection.

7° *Eczéma aigu.* Antipyrine utile.

8° *Pemphigus*. Dans un cas traité infructueusement par de nombreux médicaments, l'arsenic entr'autres (qui amena une ascite), l'antipyrine s'est montrée presque souveraine.

9° *Lichen ruber*. Dans un cas complètement rebelle à l'arsenic qui déterminait d'ailleurs des phénomènes d'empoisonnement, l'antipyrine a rapidement mis fin à l'éruption ; mais dans un autre cas elle n'a agi que sur le prurit.

Chez les malades cutanés qu'il a traités par l'antipyrine, Blaschko n'a jamais vu surgir d'exanthème médicamenteux.

Il n'a pas employé l'antipyrine à l'extérieur.

II. — Kœbner administre depuis plusieurs années l'antipyrine, soit à l'intérieur, soit sous la peau, dans un certain nombre de dermatoses. Tenant de Jacobson qu'il avait guéri un prurit sénile par les injections sous-cutanées de ce médicament, Kœbner les a essayées, mais sans succès, dans un cas semblable.

Chez un homme atteint d'*urticaire gastrique*, l'antipyrine, après avoir fait merveille pendant quatre semaines, est devenue inefficace. J. B.

Traitement physiologique de certaines maladies de la peau, par SEMMOLA (*Bull. acad. de méd.*, 13 *octobre* 1891).

Semmola fait remarquer qu'un certain nombre de dermatoses, disparaissant l'été pour revenir l'hiver, sont occasionnées par l'insuffisance fonctionnelle de l'élimination cutanée. On peut rapprocher au point de vue pathogénique de ces dermatoses transitoires, saisonnières, certaines dermatoses permanentes qui sont dues à une perte ou une diminution des fonctions sudorales. Les produits d'excrétion s'accumulent dans l'organisme, alors qu'ils devraient être rejetés par la sueur.

Guidé par ces notions étiologiques, Semmola soumet les malades de ce genre au traitement suivant : bains chauds de 30 à 35° prolongés pendant deux ou trois heures dès l'entrée de l'automne. Après quatre semaines de cette médication journalière, hydrothérapie sous forme de douches écossaises continuées tout ou partie de l'hiver. Cette formule rigoureuse supporte des modifications suivant l'état de susceptibilité du malade. Les résultats sont très satisfaisants. A. C.

Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale, par JOFFROY et LÉTIENNE (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 3, *p*. 416).

Un homme de bonne constitution et de famille saine prend la syphilis à 33 ans : le chancre siège au médius droit. Dès cette époque et pendant sept années, le malade présente d'une façon presque ininterrompue des accidents spécifiques, atteignant de préférence le système nerveux, et pour lesquels il est soumis à un traitement antisyphilitique actif, prolongé et méthodique. On assiste néanmoins à l'aggravation des accidents nerveux, et le malade est emporté à 40 ans par la syphilis cérébrale. A l'autopsie, le tronc basilaire est oblitéré consécutivement à une endartérite gommeuse, avec ouverture de la gomme dans la lumière du vaisseau.

Il existe des foyers d'hémorrhagie cérébrale également en rapport avec les lésions de l'artérite syphilitique, seule en cause ici (pas d'infection ou d'intoxication antérieure). Il y a quelque chose de frappant dans la malignité vraiment paradoxale de cette syphilis développée chez un homme sain, et bien traitée : le siège de l'accident initial n'y est peut-être pas étranger.

GIRODE.

Syphilitic paraplegia, par T. WILLIAMSON (*Medical Chronicle, juillet* 1891).

Examen de la moelle d'un syphilitique qui avait contracté, neuf ans auparavant, une chancre : sept mois plus tard, une attaque de paraplégie passagère, avec récidive brusque à la fin de la première année. Il y avait de la contracture des membres inférieurs, surtout marquée à droite, des douleurs lombaires, point d'anesthésie. Dans la région cervicale supérieure, la dégénérescence atteignait la totalité des cordons de Goll, les faisceaux pyramidaux directs et croisés, et le faisceau de Gowers. La région cervicale moyenne montrait des lésions similaires, avec de petits foyers de sclérose dans les colonnes de Burdach. Dans la région cervicale inférieure, les cordons de Goll étaient sclérosés plus profondément à gauche qu'à droite. Dans la région dorsale, il y avait une dégénérescence de la moelle qui s'étendait des cornes postérieures à la région antérieure à travers la commissure blanche : la sclérose n'atteignait que les faisceaux pyramidaux croisés. A la région lombaire, on retrouvait cette sclérose des faisceaux croisés : tout le reste de la moelle était sain. Il s'agissait donc d'une sclérose combinée postérolatérale, et non d'une myélite transverse comme on l'avait supposé. H. R.

I. — Zur Syphilis des Centralnervensystems, par E. SIEMERLING (*Archiv für Psychiatrie, XXII*, 1 *et* 2, *p.* 191 *et* 257).

II. — Ein Fall von Tabes dorsalis mit Meningitis cerebro-spinalis syphilitica, par S. KUH (*Ibidem, XXII*, 3, *p.* 699).

III. — Zur pathologischen Anatomie des syphilitischen Tabes, par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch., n°* 28, *p.* 884, 1891).

IV. — Multiple neuritis of syphilitic origin, par TAYLOR (*N. York med. journ., p.* 1, 5 *juillet* 1890).

I. — 1° Femme de 47 ans, alcoolique et syphilitique. La malade avait subi plusieurs cures spécifiques; sept mois après la dernière elle avait été frappée d'une paralysie des membres inférieurs, avec douleurs lombaires. Pendant les 19 jours qui ont précédé sa mort, on a constaté : diminution de la force motrice aux jambes, affaiblissement des réflexes patellaires, de la sensibilité à la douleur (avec ralentissement de la perception) au niveau du membre inférieur gauche. Incontinence des urines et des matières fécales. L'état des réflexes patellaires a beaucoup varié d'un jour à l'autre : diminution, puis abolition, puis exagération, puis état normal de ces réflexes. Mort dans le collapsus. Température post mortem, 42°,5. A l'autopsie on a trouvé une myélite transverse dans la portion inférieure du segment dorsal ; l'examen histologique a fait voir qu'il s'agissait d'un foyer de néoplasie gommeuse ayant eu son point de départ dans la pie-mère, et ayant intéressé la substance blanche et la substance grise de la moelle, ainsi que les racines. Foyer de ramollissement dans le locus niger.

2° Femme de 65 ans. Accidents secondaires en 1878; cure mercurielle. En 1882, paralysie des muscles de l'œil gauche. En 1887, parésie des jambes; attaque apoplectiforme, suivie d'une paralysie passagère du côté droit ; démence. En 1888, la malade séjourne à l'hôpital pendant les 34 jours qui précèdent sa mort ; symptômes : hémiparésie droite, avec participation du facial. Abolition de la réaction pupillaire. Paralysie complète de l'oculo-moteur à droite. Exagération des réflexes patellaires. L'état de démence ne permet pas de se renseigner sur les troubles de la sensibilité. La malade succombe dans le collapsus.

A l'autopsie on trouve des gommes et des foyers multiples de ramollissement dans les ganglions centraux et dans la capsule interne gauche ; un foyer

situé dans la couche optique à droite se continuait dans le pédoncule. L'examen histologique a fait constater des altérations des parois des artères de l'encéphale, la dégénérescence des noyaux et des troncs de l'oculo-moteur commun et de l'oculo-moteur externe à gauche; infiltration du chiasma; atrophie des nerfs optiques. Dans la moelle, dégénérescence des parois des vaisseaux, épaississement de la pie-mère; gommes dans la portion inférieure de la région dorsale des cordons postérieurs, avec dégénérescence ascendante; foyers hémorragiques dans le segment cervical. Atrophie des racines postérieures.

3° Femme de 42 ans. La malade n'avait jamais subi de traitement spécifique. En 1887, attaque apoplectiforme, suivie d'une paralysie du côté gauche qui s'améliore rapidement. Retour de la paralysie quelques mois plus tard. En janvier 1888, attaques convulsives; au mois de février, troisième attaque de paralysie. La malade entre à l'hôpital en état de démence, avec une paralysie de tout le côté gauche, facial compris; abolition de la réaction pupillaire, hémianopsie de ce même côté. Parole traînante, nasillarde. Conservation des réflexes patellaires. Plus tard, l'état de ces réflexes varie beaucoup d'un jour à l'autre; la paralysie droite rétrocède. Par moments, symptômes graves de paralysie bulbaire. L'état de démence ne permet pas de se renseigner sur les troubles éventuels de la sensibilité. Mort dans le coma après une attaque apoplectique.

A l'autopsie on trouve un ramollissement de l'hémisphère gauche, une gomme du volume d'une noix dans le lobe temporal gauche. Sclerose des artères de la base. Foyers hémorragiques dans la moelle allongée, dans la protubérance, dans les tubercules quadrijumeaux. Dégénérescence descendante de la pyramide droite. Tuméfaction et infiltration du chiasma; atrophie partielle, rétrobulbaire, du nerf optique. Légère dégénérescence des deux nerfs oculo-moteurs communs. Dans la moelle, épaississement considérable des méninges; altérations des parois vasculaires. Foyers gommeux dans la substance de la moelle; altérations myélitiques diffuses. Dégénérescence descendante du faisceau pyramidal latéral à gauche, du faisceau pyramidal antérieur à droite; atrophie des racines antérieures et postérieures. Destruction d'une moitié de la moelle, consécutive à une hémorragie et à un ramollissement.

L'auteur soutient que les lésions de la myélite spinale n'ont rien de spécifique par elles-mêmes, que leur nature se déduit de la participation des méninges et des vaisseaux au processus myélitique.

II. — Le malade avait contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. Les premiers symptômes de sa maladie des centres nerveux avaient éclaté subitement par du vertige. Erb avait diagnostiqué un tabes dorsalis au début. Une cure par les frictions mercurielles et les courants continus ont amené une certaine amélioration. Une cure dans une ville d'eaux fut, au contraire, suivie d'une aggravation. Cela se passait en 1888; le début des accidents remontait au mois de décembre 1887. Un traitement par l'iodure n'amena pas grand changement. Au mois de mars, essai de traitement par la suspension; mort subite dans la nuit. La durée totale de la maladie a été d'environ seize mois. Les symptômes ont été au début: l'abolition des réflexes patellaires, le phénomène de Romberg, de l'anesthésie limitée aux doigts de pied, une certaine difficulté pour marcher, des crampes dans les mollets; plus tard: de l'ataxie motrice, des douleurs lancinantes, de l'anesthésie et de l'analgésie aux jambes, avec phénomènes de paresthésie dans la région innervée par le cubital; arthropathie du genou gauche dans les derniers temps.

A l'autopsie on a trouvé une dégénérescence symétrique des cordons latéraux, une méningite qui s'étendait de la queue de cheval jusqu'à l'encéphale, où elle était intense, surtout à la convexité; les racines postérieures étaient atrophiées. Les os du crâne étaient fortement épaissis. Hypertrophie du

cœur. L'auteur fait remarquer que la méningite était postérieure à la dégénérescence médullaire. RICKLIN.

III. – Eisenlohr décrit une combinaison de dégénérescence typique des cordons postérieurs, de leptoméningite chronique et de syringomyélie chez un syphilitique de 45 ans mort de tuberculose.

A l'autopsie, athérome fort prononcé des artères médullaires, mais pas d'altération caractéristique de la syphilis. Les autres artères n'en présentent pas davantage

La moelle présente une dégénération irrégulièrement répartie de quelques racines postérieures; des lésions ordonnées, au contraire, des cordons de Burdach et de Goll, des zones radiculaires, des zones de Lissauer. Rien dans les parties antérieures des cordons postérieurs; rien dans les cordons antéro-latéraux. Dans le segment dorsal supérieur et dans le renflement cervical, syringomyelie; excavation à la base d'une corne postérieure. Gliose allant du niveau des 2e et 3e paires dorsales à l'extrémité supérieure de la moelle cervicale.

IV. — Femme de 40 ans, atteinte de syphilis en 1880; deux ans plus tard, anesthésie et analgésie du dos des mains, s'étendant, malgré le traitement spécifique, au coude; douleurs, élancements. En février 1883, douleur au talon gauche, au genou et aux deux bras; gommes des joues et du cou-de-pied gauche; exostoses crâniennes. A la fin de l'année les désordres sensitifs atteignent l'épaule; ils se manifestent aux membres inférieurs, mais on trouve encore des espaces où la sensibilité est conservée. Engourdissement passager des membres en 1884; pas de paralysie vraie.

Pendant l'été de 1884, lésions trophiques des doigts et des orteils: ecchymoses, bulles, ulcérations indolentes, panaris indolents. Depuis cette époque, résorption de la peau, du tissu fibreux, de portions de phalanges; nécessité d'amputer plusieurs segments des doigts et des orteils, mutilation des pieds et des mains. Les désordres progressent jusqu'en 1887, malgré le traitement spécifique qui, d'ailleurs, guérit d'autres manifestations.

Actuellement la malade a de l'anesthésie sus-orbitaire des deux côtés l'anesthésie des membres n'est plus complète.

Certains traits de cette observation rappellent la maladie de Morvan.

L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des paraplégies d'origine syphilitique, par BOULLOCHE (*Annales de derm., octobre* 1891).

D'après l'auteur la syphilis médullaire apparaît principalement dans les quatre premières années de la maladie. Elle est moins fréquente (77 cas) que la syphilis cérébro-spinale (416 cas dans le service de Fournier); elle apparaît environ deux fois moins souvent chez les sujets bien traités que chez ceux qui ont fait des cures insuffisantes. Les formes aiguës et précoces ne sont pas rares; la forme chronique toutefois est beaucoup plus fréquente. Les lésions sont assez variables; la fréquence des altérations vasculaire est signalée par plusieurs observateurs, avec des scléroses ou des ramollissements plus ou moins étendus. Le ramollissement de la moëlle par une myélite ou par une thrombose paraît devoir expliquer la plupart des paraplégies à début rapide. F. BALZER.

Ostitis deformans in Folge von Syphilis hereditaria. par WERTHER (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, *p.* 802, 1891).

L'ostéite déformante a porté, dans ce cas, sur l'épiphyse inférieure

du fémur droit et sur les deux tibias (épiphyses et diaphyses), qui ont subi un allongement anormal.

Garçon de 16 ans, mesurant $1^m,45$, pesant seulement 50 livres à l'état de nudité, ayant la physionomie, la poitrine, les membres supérieurs d'un enfant, tandis que les membres inférieurs ont la longueur de ceux de l'adulte. Ces membres ont des dimensions inégales : à droite, la cuisse mesure 39 centimètres, à gauche 38 c. 5 ; la jambe a une longueur de 41 centimètres à droite, de 38 à gauche. La circonférence du genou droit est de 31 centimètres, celle du gauche est de 27 ; celle de la région malléolaire est de 25 c. 5 à droite, de 21 à gauche. Les deux os de la jambe sont confondus ; l'aplatissement latéral du squelette et sa courbure à convexité antérieure rappellent l'aspect de la *lame de sabre*. Quand le sujet s'appuie sur la jambe gauche, il est obligé de fléchir le membre inférieur droit ; de là une légère déviation latérale de la colonne vertébrale.

A la face antérieure du tibia gauche existe une ulcération au fond de laquelle un séquestre va se mobiliser.

Pas de dents d'Hutchinson. Testicules atrophiés. L'ostéite a débuté à l'âge de 9 ans.

La syphilis héréditaire est certaine dans ce fait. L. GALLIARD.

Secundäre perniciöse Anämie in Folge von Syphilis, par A. KLEIN (*Soc. des méd. de Vienne*, 17 *avril* 1891).

Il s'agit d'une anémie grave due à la syphilis secondaire et guérie par le mercure. Au mois de novembre 1890, la malade n'avait que 1,100,000 globules rouges ; le chiffre de l'hémoglobine s'était abaissé à 25. L'anémie durait depuis six mois. A la suite de 55 frictions mercurielles, on compta 2,500,000 globules rouges et le chiffre de l'hémoglobine put être fixé à 55 ; la malade avait gagné 16 livres et repris ses forces. L. GALLIARD.

Rétrécissement syphilitique des bronches, par FAVRAUD (*Journ. de méd., Bordeaux*, 31 *mai* 1891).

Sur une femme de 73 ans, nettement syphilitique, Favraud a trouvé à l'autopsie un rétrécissement annulaire, intéressant les bronches gauche et droite à leur point d'origine. Les deux grosses bronches, à partir de leur bifurcation, étaient transformées, sur une longueur de 5 à 6 millimètres, en un cylindre à lumière étroite et à parois fibreuses, comparable comme aspect aux rétrécissements spécifiques du rectum. OZENNE.

Intorno un caso di sifilide ereditaria tardiva del polmone, par LINGUITI (*Giorn. ital. delle mal. ven., XXVI*, 1).

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme ayant déjà présenté des accidents de syphilis héréditaire guéris par le traitement spécifique et qui avait été atteint trois ans auparavant d'une affection broncho-pulmonaire. Il eut depuis des hémoptysies fréquentes et abondantes et arriva à un amaigrissement extrême. La fièvre ne s'élevait pas au-dessus de 38°,2. L'examen de la poitrine démontra l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Pourtant ce malade dont la situation se compliquait d'une bronchite récente due à un refroidissement, guérit complètement en quatre mois, grâce au traitement spécifique, au point de ne plus conserver de signes de caverne au sommet du poumon. L'auteur a surtout basé son diagnostic sur les antécédents, l'absence de bacilles dans les crachats, l'innocuité de l'inoculation des crachats aux animaux. Il fait remarquer que la syphilis pul-

monaire ne se localise pas toujours d'un seul côté au lobe moyen du poumon et qu'elle peut s'accompagner de fièvre et d'hémorragies broncho-pulmonaires. F. BALZER.

Pleurésie syphilitique, par TALAMON (*La médecine moderne*, *p.* 668, 17 *septembre* 1891).

Deux faits de pleurésie survenue au cours d'accidents secondaires de la syphilis et deux autres de pleurésie développée chez des sujets offrant des lésions tertiaires de la syphilis. Dans ces quatre observations, épanchement modéré ayant nécessité la ponction seulement dans les deux dernières ; guérison avec persistance d'obscurité du son et du murmure vésiculaire. Talamon conclut de ces faits que la syphilis peut, à la période secondaire aussi bien qu'à une époque plus tardive, déterminer une inflammation aiguë de la plèvre, au même titre qu'elle provoque des inflammations analogues des diverses autres séreuses et que, dans le groupe des pleurésies dites *à frigore*, il en est sans doute qui reconnaissent cette origine. GEORGES THIBIERGE.

Trois observations d'angine diphtéroïde de la syphilis secondaire, par ROBIN et DEGUÉRET (*Gaz méd.*, *Paris*, 18 *juillet* 1891).

Ces trois faits ont été observés sur des malades présentant ou ayant présenté des manifestations multiples syphilitiques. La lésion angineuse se caractérisait par la tuméfaction des amygdales et de la luette, par la rougeur de la paroi postérieure du pharynx et par la présence d'une membrane blanchâtre, adhérente et cohérente, simulant une fausse membrane diphtéroïde. Sur quelques points existait un exsudat blanc grisâtre. L'un des malades présentait une fausse membrane sur la paroi postérieure du pharynx, ce qui est exceptionnel. Le traitement, outre la médication générale, a consisté en badigeonnage avec la solution argentique. OZENNE.

Gomme du tissu épiscléral. Accidents syphilitiques divers, par BADAL (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 29 *mars* 1891).

Femme de 23 ans ; quatre grossesses ; la première et la dernière arrivées à terme, la seconde et la troisième interrompues à 3 et à 5 mois. Quatre mois après la dernière grossesse, premiers accidents secondaires, et un an plus tard douleurs orbitaires et affaiblissement de la vue, Actuellement, outre des croûtes de rupia, des exostoses multiples, une gomme sous-cutanée de la jambe, on note la lésion oculaire suivante : au niveau de l'œil gauche, au-dessous de la paupière supérieure, existe sur la sclérotique, paraissant faire corps avec elle et immédiatement au-dessus de la cornée, une sorte de tumeur aplatie, de deux centimètres de diamètre ; ses bords se perdent sur les parties voisines de la muqueuse oculaire, et sa portion centrale, légèrement bombée, fait une saillie de trois millimètres; à ce niveau, adhérence de la conjonctive qui est dépolie et a un aspect grenu ; forte vascularisation sans douleurs à la pression. Diminution rapide de cette tumeur par les frictions et l'usage de l'iodure de potassium. OZENNE.

Albuminurie et cylindrurie pendant la syphilis et le traitement mercuriel, par WELANDER (*Nord. med. Arkiv*, *XXIII*, 29).

L'auteur conclut de la lecture des principaux auteurs qui ont écrit sur

cette question que l'albuminurie peut se déclarer aussi bien dans les premiers mois de la maladie que beaucoup plus tard, et qu'elle peut se traduire par toutes les formes anatomiques connues de la néphrite, et cela à toutes les périodes. Pourtant le rein amyloïde et le rein granuleux appartiennent surtout aux cas avancés, tandis que les néphrites parenchymateuses, tout en se montrant surtout dans les premières périodes, se voient aussi dans les phases avancées. Ces reins ne présentent pas, d'ailleurs, de caractères anatomiques spéciaux propres à la syphilis, sauf quelquefois l'unilatéralité des lésions. L'auteur se demande si la néphrite est bien toujours causée par la syphilis ou si elle en est indépendante. Quand il y a des lésions caractéristiques, des gommes, dans le rein, la réponse n'est pas douteuse. Dans beaucoup de cas il n'en est pas de même. L'auteur croit que bien souvent l'albuminurie vient se surajouter à la syphilis, sans être directement causée par elle. Il rapporte 6 observations où l'albuminurie paraît avoir ainsi une origine indépendante ; on trouve souvent chez les malades des affections qui peuvent expliquer l'albuminurie aussi bien que la syphilis elle-même. Les mêmes doutes n'existent pas dans les formes à durée courte, abortives, qui commencent avec une poussée d'accidents syphilitiques et cessent avec elle. L'urine des malades contient parfois des cylindres hyalins ou granuleux, mais bien souvent on ne trouve pas de cylindres. Le traitement mercuriel, surtout énergique, donne souvent naissance à la cylindrurie, quelquefois aussi à l'albuminurie et à diverses affections telles que la stomatite, dont l'intensité diffère suivant la prédisposition individuelle. L'auteur croit que l'élimination du mercure détermine ces altérations du rein. Toutefois, l'irritation du rein n'est pas proportionnelle à l'abondance du mercure éliminé. L'urine ne renfermant pas d'albumine ni de cylindres n'autorise pas plus que l'état de parfaite santé des gencives, à conclure en faveur de l'absorption d'une quantité insignifiante de mercure. On ne peut se faire une idée de la quantité de mercure absorbé qu'en le recherchant dans l'urine et les fèces. La cylindrurie et l'albuminurie causées par le traitement mercuriel disparaissent assez rapidement et ne laissent généralement aucune prédisposition à une rechute de néphrite pour l'avenir. F. BALZER.

Syphilis brightique précoce, par LECORCHÉ et TALAMON (*La médecine moderne, p.* 656, 10 *septembre* 1891).

La syphilis, à sa période secondaire, peut, d'une manière précoce, comme la scarlatine, la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc., déterminer une néphrite diffuse caractérisée par tous les symptômes du mal de Bright aigu et à laquelle le nom de syphilis brightique convient mieux que celui de syphilis rénale, parce qu'il donne une meilleure idée de l'aspect général du malade, qui est celui d'un individu atteint du mal de Bright et non d'un simple albuminurique. L'aspect et les lésions du rein sont ceux du gros rein mou bigarré, tacheté de gris et de rouge, et n'ont rien de spécial à la syphilis. Les lésions, comme celles de toute néphrite aiguë, peuvent passer à l'état chronique et aboutir probablement à une des formes terminales du mal de Bright ; mais la syphilis brightique précoce se caractérise essentiellement par sa curabilité sous

l'influence d'un traitement approprié, curabilité qui est au moins égale à celle de la néphrite scarlatineuse. Ce traitement est celui de toute manifestation syphilitique secondaire ; en dépit des craintes théoriques, il doit consister uniquement dans l'administration du mercure employé de préférence à l'extérieur sous forme de frictions cutanées.

GEORGES THIBIERGE.

Cases illustrating syphilitic diseases of the joints, par Anthony BOWLBY (*St Barth. Hosp. Rep., XXVI, p.* 83).

Six observations d'arthropathies syphilitiques très différentes les unes des autres.

Dans l'observation 1, synovite aiguë tout à fait semblable à une arthrite rhumatismale ou traumatique, mais coïncidant avec une poussée d'éruption syphilitique et modifiée rapidement par le traitement spécifique.

Dans les observations 2 et 3, périostites syphilitiques attaquant les extrémités articulaires et envahissant secondairement les jointures, sans tendance à la suppuration ni à la destruction des cartilages.

Les observations 4 et 5 sont des exemples de gomme de la synoviale envahissant le périoste et les muscles de la cuisse.

Enfin l'observation 6 est un cas de gomme primitive des muscles du membre supérieur, avec extension à l'articulation du coude. H. R.

Ueber einen Fall von sogenannter circumscripter Atrophie der Haut nach secundärer Syphilis, par OPPENHEIMER (*Arch. f. Derm. und Syph., XXIII*, 3.)

Plusieurs observateurs ont signalé après les éruptions secondaires une altération cutanée qui consiste dans la rétraction de la peau avec plissement en un point limité. L'auteur publie un cas qu'il a observé à la clinique de Wolff: Homme âgé de 25 ans, atteint de syphilis en janvier 1890, a présenté au mois de mai des syphilides maculeuses et des syphilides ulcéreuses aux membres inférieurs. Des taches brunes, pigmentees, persistent encore en octobre 1890, au moment de l'entrée de ce malade à la clinique ; elles sont plus pigmentées aux membres inférieurs et ont une coloration violacée ou bleuâtre sur le tronc et les membres supérieurs. Ces taches ont des plis que le doigt accentue encore en divers points. Dilatation des orifices pilo-sébacés, mais on n'y trouve pas de poils. L'auteur considère ces apparences comme dépendant d'une atrophie de la peau. Celle-ci a pu être examinée histologiquement après biopsie. Dans le point examiné, l'auteur a constaté la persistance d'une infiltration cellulaire abondante, principalement autour des vaisseaux et des annexes de l'épiderme. Celui-ci est aminci et les papilles sont aplaties. Les fibres musculaires, les fibres élastiques, le tissu conjonctif ne présentent pas d'altérations caractérisées. L'examen biopsique a donné à peu près les mêmes résultats au bras et à l'abdomen. En somme, l'auteur ne croit pas que cet examen microscopique puisse rendre compte de la véritable cause de la formation des taches plissées et déprimées de la peau. Il fait remarquer que ces examens ont porté sur des points où l'infiltration cellulaire était encore récente et abondante. Dans les explications qu'il donne, il fait jouer un rôle à la distension des espaces conjonctifs par l'accumulation des cellules. Il passe en revue les différen-

tes observations publiées par Nivet, Balzer, Pélissier, Balzer et Reblaub. Il croit devoir adopter le rapprochement proposé par Balzer entre ces lésions et les vergetures linéaires. Il ajoute en terminant qu'il a revu le malade peu de temps avant la publication de son travail et que le plissement des taches avait augmenté, notamment à la région hypogastrique. F. BALZER.

Deux cas de phlébite syphilitique, par CHARVOT (*Revue de chirurgie*, n° 7, *p.* 559, 1891).

1° Phlébite de le veine saphène interne gauche, survenant chez un sphilitique à la fin de la période secondaire. Coïncidence d'une orchite syphilitique. Sous l'influence du traitement spécifique, guérison de ces accidents.

2° Phlébite syphilitique de la saphène survenant, pendant la période des accidents secondaires, chez un homme opéré d'un petit abcès à la base de la verge. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Les symptômes de la phlébite syphilitique, d'après les deux observations rapportées par Charvot, offrent beaucoup d'analogie avec ceux attribués par Schmitt à la phlébite rhumatismale ; douleur sur le trajet de la veine, exagérée par la pression et les mouvements avec des exacerbations nocturnes parfois très intenses ; sur le trajet de la veine, rougeur peu accentuée, traînée rose à bords déchiquetés ; œdème peu accusé ; la réaction générale semble presque nulle. L'affection cède très rapidement au traitement spécifique. C. WALTHER.

De l'affection pulmonaire après les injections de préparations insolubles de mercure dans la syphilis, par ODMANSSON (*Nordiskt med. Arkiv, XXIII*, 23).

Chez douze malades traités par les injections, cinq par le calomel, sept par l'acétothymol de mercure, Odmansson a observé des complications caractérisées par de la céphalée, du frisson, de la fièvre, des douleurs dans la poitrine, des troubles respiratoires, et enfin des foyers de congestion pulmonaire avec bruits de frottement pleural. La fièvre s'éleva dans plusieurs cas à 39°, 39°,7 et 40°,3. La disparition des malaises et des points d'irritation pulmonaire fut rapide, quatre à cinq jours en général; mais dans quelques cas il fallut huit jours avant la cessation de tout accident.

L'auteur pense qu'il s'agit d'un processus embolique. Les injections ont toutes été faites dans la fesse et intramusculaires. A. C.

I. — Traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par BROUSSE (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 1891).

II. — Ueber Abortivbehandlung von Bubonen... (Traitement abortif du bubon par les injections de benzoate de mercure), par WELANDER (*Archiv f. Derm. und Syph., XXIII*, 3).

I. — Brousse publie une intéressante monographie résumant l'état actuel de la science sur les injections mercurielles solubles et insolubles. Il a employé en injections solubles le benzoate de mercure suivant la formule de Stoukovenkoff et en a obtenu d'excellents effets, d'autant plus remarquables que le benzoate a remplacé avantageusement les pilules

et les frictions chez des malades qui avaient été intolérants pour ces méthodes. Il a essayé aussi l'huile grise suivant la formule de Gay : Mercure purifié, 20 grammes ; lanoline, 5 grammes ; vaseline liquide, 35 grammes. Un dixième de la seringue de Pravaz équivaut à 5 centigrammes de mercure métallique. Dans une observation de chorio-rétinite spécifique avec affaiblissement considérable de la vue, trois injections de 5 centigrammes ont suffi pour faire cesser les accidents. Comparant les indications des injections solubles et des injections insolubles, Brousse s'exprime de la façon suivante : Toutes les fois qu'il est indiqué de donner le mercure en injections, les injections insolubles constitueront la méthode de choix. Les injections solubles ne seront de mise que lorsqu'il y aura contre-indication à l'emploi des injections massives, soit à cause de l'état général du sujet (grossesse, albuminurie, cachexie), soit à cause du mauvais état de la dentition.

II. — Le traitement de Welander consiste à injecter dans le bubon une solution de benzoate de mercure à 1 0/0, additionnée de 0,5 0/0 de chlorure de sodium. Cet auteur publie une nouvelle série de 59 cas traités par cette méthode et qui joints aux 41 cas publiés dans une première série, forment un total de 100 cas. Welander conclut que lorsque le bubon est virulent, une injection ne peut l'empêcher de suppurer. L'injection rend encore des services lorsque le bubon est rouge, la peau amincie, mais le bubon devra encore être incisé. Lorsqu'au contraire la peau n'est pas amincie, il y a de grandes chances (50 0/0) d'obtenir la résolution en faisant l'injection dans la région infiltrée avoisinante. Si la fluctuation n'est pas encore nette, les chances de résorption augmentent encore (90 0/0), même lorsqu'il vient du pus à l'orifice de la piqûre dans les jours qui suivent l'injection. F. BALZER.

Ueber Syphilisbehandlung mittelst des elektrischen Zweizellenbades (Traitement de la syphilis au moyen du bain électrique bicellulaire), par KRONFELD (*Wien. med. Wochschr.*, nos 30 *et* 31, 1891).

Le malade est placé dans une baignoire en bois verni, divisée en deux compartiments inégaux au moyen d'une cloison de bois et de caoutchouc. Le corps du malade passe au travers de cette sorte de diaphragme disposée de façon à intercepter toute communication entre les deux compartiments, autre que le malade même. Chaque compartiment est muni d'un vaste électrode tapissant le fond et les parois, et recouvert d'une planche percée de petits trous.

La baignoire est d'abord remplie d'eau additionnée de sublimé (12 gr.) ; puis on fait passer pendant un quart d'heure un courant électrique assez fort, qui, pour aller d'un électrode ou d'un compartiment à l'autre, doit nécessairement traverser le corps du malade. On peut ainsi incorporer une quantité de mercure bien supérieure à ce qui s'absorbe dans un bain de sublimé. Ce procédé ne détermine pas d'albuminurie ; mais il n'est pas sans exposer, comme toutes les méthodes de mercurialisation, à l'intoxication hydrargyrique. LEFLAIVE.

L'aristol dans les maladies vénériennes et syphilitiques, par FISICHELLA, SALSOTTO, SEGRÉ et BREDA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVI*, 1).

De l'ensemble des recherches publiées par ces auteurs sur l'aristol, il

résulte que ce remède est inférieur à l'iodoforme, à l'iodol et au calomel dans le traitement des ulcérations vénériennes.

C'est un antiseptique faible dont les avantages sont d'être peu irritant, sans odeur, et d'adhérer facilement aux surfaces. Breda lui reconnaît aussi une réelle action cicatrisante, rénovatrice de l'épiderme. En somme, l'aristol ne mériterait pas le rang qu'on a voulu lui assigner dans le traitement des maladies vénériennes. F. BALZER.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhöe der mannlichen Sexualorgane. Die chronische Urethralblennorrhöe, par FINGER (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 1).

L'auteur, sur 120 cadavres ouverts à l'Institut anatomo-pathologique de Vienne, a constaté trente et une fois des altérations chroniques de l'urètre. Il peut y avoir simple trouble dans les couches épithéliales ou bien par degrés épaississement considérable avec coloration blanchâtre, plus rarement des ulcérations ou des érosions. Les altérations du derme de la muqueuse sont peu visibles à l'œil nu; parfois il y a des tuméfactions d'apparence granuleuse. Les lacunes de Morgagni sont élargies, quelquefois effacées ou obturées complètement. Dans les épithéliums on constate souvent les dégénérescences muqueuse ou colloïde, la présence de cellules migratrices, la transformation fréquente et progressive de l'épithélium cylindrique en épithélium plat. Dans le tissu conjonctif sous-épithélial prédomine l'inflammation chronique plus ou moins diffuse avec infiltration de cellules rondes ou épithélioïdes limitée aux couches les plus superficielles et allant jusqu'aux corps caverneux ; les veines sont extrêmement dilatées. Quand le processus est ancien, les cellules s'allongent et se transforment en fibrilles connectives. Les altérations des lacunes de Morgagni sont semblables à celles des autres parties de la muqueuse. Ces lacunes deviennent souvent kystiques par oblitération de leurs orifices et se remplissent de cellules plates. Les glandes de Littre sont en général atrophiées ou transformées en petits kystes. Quand les lésions deviennent assez profondes pour atteindre les corps caverneux, il y a formation de rétrécissements du canal. F. BALZER.

Acidum trichloraceticum bei einigen Geshlechts und Hautkrankheiten, par LANZ (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 7).

Ce médicament, employé en injections à la dose de 20 0/0, a donné à l'auteur de bons résultats dans le traitement de la blennorragie. Il l'a aussi employé comme caustique, en nature, contre les papillomes et les végétations, ainsi que contre les nævi et taches pigmentaires. H. H.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par FORGUE et RECLUS (*Paris* 1891. 2 *vol. de* 800 *pages*).

Le premier volume est consacré à l'étude de la thérapeutique des maladies générales et des maladies des différents tissus; le second au traitement des maladies des régions; les auteurs ont suivi l'ordre établi dans les traités de pathologie externe.

L'énumération de tous les chapitres ne serait donc que la répétition du plan ordinaire d'un de ces traités et, d'autre part, nous ne saurions analyser par le détail les différentes parties de l'ouvrage.

Nous devons signaler cependant les chapitres consacrés au traitement des affections des os et des articulations, les indications de l'arthrotomie, de la résection et de l'amputation dans les tumeurs blanches qui terminent le premier volume; dans le second volume, les indications opératoires dans les fractures du crâne, les abcès et les tumeurs du cerveau, la chirurgie du rachis, la chirurgie de l'œil; enfin la thérapeutique des affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génito-urinaires.

Ce traité vient combler une lacune de notre littérature chirurgicale et va d'emblée y prendre une place importante.

Les auteurs se sont appliqués à donner sur chaque question une description claire et précise des indications opératoires et des principaux procédés applicables à la cure de l'affection. Ils ont su éviter l'écueil de la longue énumération des méthodes inutiles et oubliées; l'histoire succincte de l'évolution progressive de la thérapeutique remplace heureusement les trop nombreuses listes de noms et d'indications bibliographiques.

L'élégance de la forme, la clarté des descriptions, la recherche constante des indications pratiques rendent particulièrement attachante et profitable la lecture de cet ouvrage. C. WALTHER.

Affections congénitales. 1er volume. Tête et cou. Maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes, par LANNELONGUE et MÉNARD (*Un vol. in*-8°. 600 *pages. Paris*, 1891).

Dans ce premier volume sont décrites les maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes, en un mot les affections congénitales de la tête et du cou.

Cette étude est divisée de la façon suivante :

1re partie. — Kystes dermoïdes et mucoïdes de la tête et du cou.
2e partie. — Fistules embryonnaires de la tète et du cou.
3e partie. — Fissures congénitales de la face.
4e partie. — Atrophies congénitales de la face.
5e partie. — Tumeurs congénitales de la face et du cou.

Il est impossible d'analyser même de la façon la plus succincte un pareil travail, ou seulement de faire l'énumération des divers chapitres. L'importance des sujets traités, la richesse des matériaux accumulés par Lannelongue, la méthode et la clarté des descriptions font de ce traité un ouvrage unique, dans lequel on peut trouver non seulement la discussion de toutes les questions de pure tératologie, mais encore toutes les considérations cliniques sur ces vices de conformation, toutes les applications à la thérapeutique chirurgicale avec de nombreuses observations personnelles à l'appui.

Dans la première partie consacrée aux kystes dermoïdes, nous devons signaler tout particulièrement les chapitres consacrés aux kystes dermoïdes intra et extracraniens, aux kystes dermoïdes et mucoïdes intra-orbitaires (kystes colobomateux, etc.) d'étude toute récente, la description très détaillée de tous les kystes dermoïdes et mucoïdes des diverses régions du cou.

La recherche des microbes dans ces kystes n'a donné à Lannelongue que des résultats négatifs. Dans deux cas seulement sur neuf, existaient des bacilles dont la présence était nettement liée à la suppuration.

Après les chapitres consacrés aux fistules il faut encore signaler l'étude des fissures congénitales de la face contenant l'histoire complète du bec-de-lèvre et de son traitement. Lannelongue recommande, lorsqu'on a le choix, d'opérer le bec-de-lièvre simple dès la fin du troisième mois, le bec-de-lièvre compliqué du troisième au sixième mois, suivant l'état de santé ou de résistance des petits sujets. Plus tard les troubles de la dentition peuvent compliquer et compromettre les résultats opératoires.

Dans la quatrième partie, les auteurs étudient les atrophies congénitales de la face, qu'ils divisent en : 1° atrophies congénitales remontant à la période embryonnaire (atrophies légères, micrognathies, aglossie et atrophies graves : cyclocéphalie, otocéphalie, opocéphalie) ; 2° atrophies par compression durant la période fœtale. Les malformations de l'oreille et de l'œsophage terminent cette partie de tératologie pure.

L'histoire des tumeurs congénitales de la face et du cou forme la cinquième et dernière partie. Nous y trouvons après la description des fibrochondromes et des fibrolipomes branchiaux, des dermoïdes sclérocornéens, des tératomes de la face (hypognathie et épignathie), celle des lymphangiomes de la face et du cou. Les kystes multiloculaires du cou sont ici décrits sous le nom de lymphangiomes kystiques. Les auteurs se rallient franchement à la théorie de l'origine lymphatique.

Deux chapitres sur les lipomes et les fibromes et sarcomes congénitaux terminent cette étude des tumeurs congénitales proprement dites.

Cet important ouvrage rend donc accessible à tous l'étude des affections congénitales, étude souvent fort difficile mais d'un haut intérêt et en général beaucoup trop négligée. C. WALTHER.

Beitrag zur Statistik der Geschwülste (Statistique des tumeurs), par Otto RAPOK (*Deut. Zeit. f. Chir., XXX, p.* 405).

L'analyse de ce travail parue dans le n° d'avril, XXXVII, p. 632, contient quelques erreurs de chiffres qui doivent être rectifiées ainsi :

L'auteur a réuni de 1880 à 1889, 922 (et non 669) observations de tumeurs de toute espèce qui se sont présentées à la clinique de Stras-

bourg. Elles se répartissent ainsi : carcinomes, etc., lymphangiomes, 10 (et non 12).

Le chiffre de 669 tumeurs indiqué se rapportait au total des tumeurs, les kystes exceptés, que Rapok, à la fin de son travail, ne rappelle pas dans sa statistique. A. C.

I. — Five cases of cerebral surgery..., par W. KEEN (*Americ. j. of the med. sc., septembre* 1891).

II. — Perforation de la cavité orbitaire par l'extrémité d'un parapluie. Plaie du cerveau, etc., par POLAILLON (*Bull. acad. de méd., 4 août* 1891).

III. — Épithélioma de l'os frontal, de la dure-mère sous-jacente et de la faux du cerveau ; ablation de l'os malade, de la dure-mère et d'une partie de la faux du cerveau ; guérison, par TERRIER (*Bull. acad. de méd., 4 août* 1891).

IV. — Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne, par Lucien MOISSON (*Thèse de Paris, n°* 297, 1891).

I. — 1° C. J..., négresse de 39 ans, épileptique depuis l'enfance à la suite d'un traumatisme.

Les crises débutèrent par la flexion des doigts de la main droite.

Céphalalgie constante au niveau de l'ancien traumatisme.

Au niveau du crâne, du côté gauche, à 3, 5 centimètres en bas et 5 au-dessous de l'apophyse droite externe, on trouve une saillie osseuse et, vers la ligne médiane, une dépression très marquée.

Trépanation le 27 octobre 1890; la paroi osseuse est remplacée par une membrane fibreuse soulevée par les pulsations du cerveau adhérente à la substance cérébrale dont une portion est enlevée en même temps qu'elle. 2 ou 3 kystes furent ouverts par l'ablation de cette membrane. Pendant ce temps, la face était tirée fortement à gauche, l'œil droit était aux deux tiers ouvert. On trouve l'os épaissi par suite d'un fragment qui s'était glissé au-dessous de lui et avait déterminé une dépression notable sur la substance cérébrale. Toute la partie osseuse est enlevée, ce qui donne une ouverture de plus de 6, 5 cent. — Pendant ce 2e temps, la face du côté gauche se contracte violemment et s'accentue encore quand on touche la dure-mère. Ce point sensible de la dure-mère siégeait à 2, 8 cent. de la ligne médiane. En faradisant ce point, le côté gauche de la face se contracte et la respiration devient plus lente. Mêmes effets en électrisant les os au voisinage.

En faradisant la surface cérébrale au niveau de la partie supérieure du milieu de l'ouverture, on détermine des mouvements d'abduction et d'adduction du pouce suivis de l'extension des doigts de la main droite, avec des mouvements cloniques, flexion et extension de tout le bras droit. Ces mouvements persistaient quelque temps après qu'on eut cessé le courant et reproduisaient ceux de l'attaque.

On fit une incision circulaire dans la substance cérébrale, intéressant le point excité, sans produire aucun mouvement. La substance corticale affectée et un peu de la substance blanche furent enlevées avec une petite curette jusqu'à ce qu'on fût arrivé sur de la substance cérébrale d'apparence normale.

Drainage de la plaie; puis insertion d'un os décalcifié sur la perte de substance osseuse.

Le lendemain, paralysie complète de la main et du poignet, parésie du coude et de l'épaule. Pas de paralysie de la face.

Au 19e jour, les mouvements réapparaissaient progressivement.

8 mois plus tard, aucune attaque ; état mental amélioré. — La main droite est un peu plus faible que la gauche;

2° G. H..., 23 ans. A l'âge de 8 ans, un coup de pied de cheval sur la tête.

On le trépane à cette époque.

3 fragments d'os furent enlevés; un d'entre eux avait pénétré de 2,5 cent. dans le cerveau. La guérison ne se fit qu'au bout d'un an. La première attaque eut lieu 2 ans après l'accident; elles reparaissent d'abord tous les huit jours, puis s'espacèrent vers l'âge de 14 ans, une par mois. Jusqu'aux 6 derniers mois elles revinrent seulement tous les 3 mois; mais au mois de mars dernier, sans raison apparente, il y eut 3 attaques dans le même jour.

Opération le 21 novembre 1890. En soulevant le lambeau, on voit s'échapper un flot de liquide encéphalo-rachidien, synchrone avec le pouls. Les tissus fermant l'ouverture semblent être plus ou moins kystiques. Une petite aiguille osseuse était engagée dans la membrane fibreuse. Dissection des tissus. Les lèvres de la perte de substance osseuse sont très épaissies. On l'enlève; en certains points le cerveau est adhérent et enlevé avec la portion d'os adjacente. La surface de section paraît normale à la vue et au toucher. On ne peut reconnaître les circonvolutions, qui paraissent fusionnées entre elles.

Greffe de l'os trépané avec un fragment de crâne de mouton, qui se nécrosa et nécessita deux petites interventions pour fistules. A chacune de ces opérations, une attaque suivit. Ce furent les seules.

3° Il s'agit d'une trépanation pour démence suite de travaux; guérison temporaire, chez un homme de 44 ans. Le résultat fut nul.

4° Chez un homme de 56 ans atteint de tumeur cérébrale, la trépanation fut pratiquée; mais on dut renoncer à l'ablation de la tumeur en raison de son volume. Mort 50 heures après. A l'autopsie, gliome infiltré.

5° Trépanation pour arrêt de développement: mort d'hemorragie et de choc 20 minutes après l'opération chez une jeune fille de 18 ans. Keen refusa l'opération et ne se décida que sur l'instance des parents. On ne trouva que les lésions ordinaires de l'atrophie cérébrale, ce qui fut confirmé par l'autopsie. A. VERCHÈRE.

II. — Jeune homme de 18 ans qui, dans une chute, avait eu l'orbite gauche perforée par l'extrémité ferrée d'un parapluie. Celle-ci, qui avait pénétré d'avant en arrière vers le côté externe de l'orbite à une profondeur de 5 centimètres, avait été retirée avec peine; des accidents de compression cérébrale apparurent et l'opération suivante fut pratiquée :

Un grand lambeau fontal à base sourcilière fut rabattu, et un morceau de l'os frontal de trois centimètres de diamètre fut détaché; le rebord orbitaire était respecté.

Le sinus frontal, peu développé, ne fut point ouvert. Après incision de la dure-mère et issue d'une certaine quantité de sang et de liquide céphalo-rachidien, le lobe frontal fut soulevé avec deux doigts et on aperçut la perforation de la voûte orbitaire siégeant près de la petite aile du sphénoïde.

Cinq esquilles, fichées dans la face inférieure du lobe frontal, purent être ainsi retirées avec une certaine quantité de substance cérébrale.

Quelques heures après l'opération, disparition des accidents de compression et, dans la suite, guérison complète. OZENNE.

III. — Femme de 52 ans n'ayant eu d'autres antécédents qu'une ulcération du front en 1878 et, 4 ans plus tard, une semblable lésion dans la même région. 8 ans après la cicatrisation de cette dernière, apparition, un peu audessous de la cicatrice, d'une tuméfaction qui envahit toute la partie gauche du front, arrondie, faisant une saillie de deux travers de doigt.

Cette tumeur est légèrement bosselée, fluctuante, sauf en quelques points, et entourée d'un bourrelet osseux.

Pas de douleurs à la pression; pas d'accidents cérébraux, sauf de la céphalalgie.

Après échec du traitement antisyphilitique, l'extirpation est ainsi pratiquée : incision cruciale de téguments; dissection des quatre lambeaux cutanés; ablation en quatre quadrants de la tumeur, d'apparence sarcomateuse. La brèche osseuse a la même étendue que les incisions cutanées et comprend aussi presque toute la voûte orbitaire; la dure-mère, envahie par le néoplasme, a été enlevée; l'espace sous-arachnoïdien n'a pas été ouvert.

En bas, le sinus frontal ayant été ouvert, résection de ses bords, qui sont malades; en dedans, résection du sinus longitudinal supérieur et de 8 centimètres de la faux du cerveau. L'hémostase assurée, tamponnement de l'orifice du sinus frontal à la gaze iodoformée; sutures de la peau et pansement.

A la suite de l'opération, engourdissement de l'avant-bras gauche et anesthésie de sa partie antéro-externe ; même anesthésie, moins prononcée, à droite.

Sauf ces accidents, qui n'ont pas persisté, rien à noter dans la suite et guérison en un mois. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé en certains points et tubulé en d'autres. OZENNE.

IV. — L'auteur a réuni 44 observations des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne, et donne la description de ces diverses méthodes.

Il est démontré par les faits expérimentaux et les observations cliniques que les rondelles osseuses enlevées par le trépan et immédiatement réimplantées se réunissent par un cal, le plus souvent osseux, rarement fibreux. Il en est de même pour les greffes osseuses empruntées aux animaux et *a fortiori* pour les segments osseux laissés en union avec les parties molles (résection temporaire).

La restauration du crâne est indiquée dans tous les cas de trépanation étendue pour fractures de la voûte, hématomes de la dure-mère, tumeurs cérébrales, à condition que la dure-mère ait été respectée ou soigneusement restaurée.

Dans les trépanations pour épilepsie jacksonienne, la restauration du crâne ne paraît pas avoir l'influence fâcheuse qu'on lui a attribuée au point de vue de la réapparition des accidents.

Dans les petites trépanations, la réapplication de la rondelle est le procédé de choix; mais dans les opérations portant sur une surface étendue de la voûte, il est préférable d'avoir recours à la résection temporaire du crâne, dont l'exécution est aussi facile et qui offre plus de garanties pour la réunion osseuse.

Dans les cas de pertes de substances anciennes, ou lorsqu'il n'est pas possible de réappliquer l'os enlevé (carie, tuberculose, cancer), la greffe osseuse avec les os d'animaux est supérieure aux procédés autoplastiques (Kœnig) qui obligent à un second traumatisme.

Les procédés hétéroplastiques (celluloïd, os décalcifiés) ont donné d'assez bons résultats; mais il est possible que les corps étrangers ainsi introduits dans l'organisme se résorbent plus tard, et il vaut mieux leur préférer un des autres procédés précédemment indiqués.

C. WALTHER.

I. — Linear craniectomy for microcephaly, par W. W. KEEN (*Americ. J. of the med. sc., juin* 1891).

II. — On craniectomy in microcephaly, par V. HORSLEY (*Brit. med. journ., p.* 579, 12 *septembre* 1891).

I. — L'auteur réunit 8 cas de craniectomie linéaire : 2 morts.

La mort, dans le cas de l'auteur, tient à de la parésie cardiaque et, dans les cas de Sach et Gerster, à une anémie aiguë.

Une indication découle de ces faits : la nécessité de prendre grand soin de l'anesthésie et, par suite, d'abréger l'opération autant que possible ; la pince coupante est le meilleur procédé pour atteindre ce but ; et, dans sa dernière opération, l'auteur put terminer son intervention en 20 minutes.

L'auteur n'a pas encore fait de craniectomie bilatérale ; mais il n'en est pas très partisan en principe, craignant ainsi de prolonger l'opération et d'ajouter encore au choc déjà trop difficilement supporté.

2 craniectomies unilatérales faites successivement auront moins de dangers.

Les résultats obtenus au point de vue cérébral dans les 6 cas sont résumés ainsi par Keen : Le second cas de Lannelongue a été publié trop tôt pour qu'on puisse préjuger de l'avenir ; de même pour le cas de Mac Clintock. Dans les 4 autres cas, on ne peut mettre en doute l'amélioration, très rapide dans le cas de Lannelongue, plus lente, mais très nette dans les 2 siens et dans celui de Wyeth. F. VERCHÈRE.

II. — 1° Enfant de 3 ans, ayant eu une convulsion 15 jours après sa naissance. Expression idiote, cris inarticulés, microcéphalie très accentuée, avec ossification prématurée des os du crâne.

Opération. Incision du cuir chevelu à gauche de la ligne médiane, du frontal au pariétal : le lambeau est rabattu sur l'oreille gauche ; un morceau de périoste d'un demi-pouce de large et de 4 pouces de long est sectionné ; aux deux extrémités on applique une couronne de trépan et l'on excise le pont osseux intermédiaire. Cela fait, on relève le lambeau périostique et l'on rapplique le lambeau cutané : pansement antiseptique sans drainage. Guérison complète de la plaie le 8e jour.

Dès le 3e jour, amélioration apparente dans les allures générales de l'enfant : aspect moins égaré, cris moins fréquents. L'intelligence est moins nulle. Le mieux se maintient les mois suivants.

2° Garçon de 7 ans : convulsions à partir de 7 mois, incontinence d'urine et de matières, idiotisme, absence de langage ; microcéphalie portant surtout sur la région frontale.

L'opération est faite de la même manière ; mais, pendant l'opération, la température s'élève beaucoup et le pouls s'affaiblit. Cette hyperpyrexie dure 3 jours et l'enfant meurt dans le collapsus, sans méningite ni encéphalite. L'auteur discute la question des centres thermiques corticaux. H. R.

Note sur un cas de craniectomie pratiquée depuis un an chez un enfant de 3 ans, par CERNÉ (*Normandie méd.,* 15 *octobre* 1891).

Enfant de 3 ans, offrant un développement du corps à peu près normal, mais un certain degré d'arrêt des fonctions intellectuelles et un aspect de la tête caractéristique : le crâne, bien développé dans la région occipitale, se rétrécit rapidement en avant ; la région frontale est surtout déformée. Le front est fuyant et très aplati sur les côtés, de sorte que la ligne médiane

forme pointe, comme dans le crâne dit métopique. Le côté gauche est plus aplati que le droit, toute la face est atrophiée et les deux paupières ne se relèvent pas complètement.

La craniectomie linéaire est pratiquée le 19 juin 1890, et un an après on constate un développement manifeste du corps et de l'intelligence. Le crâne s'est allongé, mais il a peu gagné transversalement. Le côté gauche du front est au moins aussi développé que le droit et le profil paraît moins fuyant.

OZENNE.

Réparation d'une perte de substance de la voûte crânienne par la greffe osseuse immédiate, par RICARD (*Gaz. des hôpit.*, 23 *juillet* 1891).

Ce fait concerne une femme de 40 ans qui, en 1889 et en 1890, avait deux fois subi l'ablation d'un lymphadénome de la région nasale. L'année suivante, 2e récidive de la tumeur aux dépens de l'os frontal du côté droit; pas de généralisation. La malade étant endormie, une incision courbe circonscrivit la tumeur et, l'os mis à nu, à l'aide d'un ciseau fin et du maillet, on en pratiqua l'ablation de telle façon que les bords de la perte de substance crânienne furent taillés en biseau aux dépens de la table externe du frontal. La dure-mère fut mise à nu dans l'étendue d'une pièce de 5 francs.

A l'aide de pinces coupantes, l'os coxal d'un jeune chien qu'on venait de sacrifier fut préparé de manière à s'adapter à l'orifice créé. La fosse iliaque, une partie de la couche cotyloïde et de la branche horizontale du pubis constituèrent le fragment utilisé. Une partie de la plaie opératoire qui restait à découvert à la région interne fut obturée par un fragment du condyle fémoral du même chien. Les os greffés avaient été extirpés aseptiquement, dépouillés de toutes les parties molles et immergés dans de l'eau stérilisée bouillie et maintenue à la température de 25 degrés environ.

Les greffes appliquées furent recouvertes du lambeau des parties molles qui fut suturé et la plaie fut drainée avec deux catguts. Pansement compressif. Pas d'accidents; réunion immédiate et totale et, dix-huit jours après l'opération, guérison parfaite. La région opérée est plus aplatie que du côté sain; mais le plan osseux sous-jacent est absolument solide. Trois mois plus tard persistance du résultat acquis.

OZENNE.

I. — Threphining for traumatic aphasia, recovery, par Mac BURNEY (*N. York med. journ.*, *p.* 517, 2 *mai* 1891).

II. — Compound fracture of the skull, trephining, recovery, par COLEY (*Ibidem*, *p.* 705, 20 *juin* 1891).

III. — Reimplantation of bones in trephining (Réimplantation des os dans la trépanation), par R. F. WEIR (*Ibidem*, *p.* 553, 16 *mai* 1891).

IV. — Observations de chirurgie de l'encéphale, par MINOTTI et POSTEMPSKI (*Gazz. degli Ospitali*, 15 *mars* 1891).

V. — Su di un caso grave di epilessia di Jackson da frattura del cranio..., par CALLIANO (*Il Morgagni*, *juin* 1891).

VI. — Fracture of base of skull (Fracture du crâne avec paralysie des 5e et 6e paires), par EATON (*New York med. record*, *p.* 617, 30 *mai* 1891).

VII. — Observations de chirurgie cérébrale, par GULDENARM et C. WINCKLER (*Nederlandsch. Tydschrift voor. Geneeskunde*, 25 *juillet* 1891).

I. — Médecin de 33 ans, tombant de sa voiture en août 1889, mais ne perdant pas complètement connaissance et pouvant encore aller voir un de ses clients à qui il pratique une injection sous-cutanée. Vers le soir, perte de

connaissance complète, hémiplégie droite. Au bout de trois jours, le malade revient à lui, mais il est aphasique.

Après trois semaines, amélioration du côté des membres. A la fin du troisième mois, la parole reste inintelligible, les facultés cérébrales sont gravement atteintes. On diagnostique une hémorragie traumatique.

En décembre 1889, trépanation à 7/8 de pouce en arrière de l'apophyse orbitaire externe du frontal, à gauche; pas de caillot sur la dure-mère. Ligature de l'artère méningée moyenne. Une masse molle d'apparence kystique, qu'on considère comme la pie-mère œdématiée, se présente, et en arrière une surface rouge foncé; on agrandit l'ouverture cranienne de ce côté, et l'on incise la pie-mère le long du sillon de Rolando. On trouve là un caillot ancien qu'on enlève, puis on passe une fine éponge sur la substance des circonvolutions voisines. Sutures partielles de la dure-mère et de la peau.

Le soir même, l'opéré prononce quelques mots. A la fin de la semaine, il remue la jambe; au bout de trois mois il marche. L'aphasie disparaissant progressivement, il reprend ses occupations, conduit son cheval. L'intelligence est nette.

II. — Garçon de 19 ans, fracture de la région fronto-pariétale droite avec plaie; délire; convulsions localisées à gauche. Deux heures après l'accident, trépanation sous l'éther. Incision de 3 pouces 1/2, ablation d'un disque osseux du diamètre d'un demi-pouce. Incision de la dure-mère; évacuation d'un petit caillot et de sang liquide; pas de lésion de la substance cérébrale.

Le délire et l'état semi-comateux diminuent progressivement et disparaissent. Au bout d'un mois guérison complète.

On a traité en même temps chez l'opéré une fracture de l'astragale qui a guéri. L. GALLIARD.

III. — Homme de 53 ans, ayant eu à l'âge de 17 ans une fracture du frontal droit causée par l'explosion d'une arme à feu; peu après l'accident, attaques d'épilepsie, lesquelles ont augmenté dans ces dernières années. Première opération en 1885 : trépanation; mise à nu de la dure-mère non adhérente, ablation du squelette préalablement déprimé. Amélioration temporaire.

En février 1887, le malade vient dire que l'excitation maniaque a reparu, ainsi que les crises épileptiques (3 ou 4 dans la journée). Cette fois, on met trois couronnes de trépan, on élargit encore l'ouverture à l'aide de la gouge et du maillet; de plus on incise la dure-mère et on trouve un abcès; drainage. On remet en place les trois disques et on remplit les interstices avec les esquilles. Suture.

Guérison rapide. Pendant les deux mois de séjour à l'hôpital après l'opération, pas d'accès épileptique.

En décembre 1890, l'opéré est examiné. L'os frontal est solide et c'est seulement sur un point limité qu'on trouve une pulsation légère. La région intéressée par le trépan est un peu aplatie dans son ensemble. Une ou deux crises seulement par mois. L. GALLIARD.

IV. — Femme de 58 ans, souffrant de douleurs au bras droit depuis dix ans, avec accroissement progressif des crises et affaiblissement paralytique. Le 21 novembre 1890, convulsions cloniques du membre et des muscles de la face; aphasie. Le 23 février, ablation d'un gliome sous-cortical, du volume d'une noix, occupant la zone moyenne de la circonvolution pariétale ascendante gauche.

Après une hémiplégie passagère, amélioration notable; retour de la parole et des mouvements, disparition des crises; il ne reste qu'une légère parésie des extenseurs des doigts, et quelques troubles trophiques du côté de la peau.

Le second cas concerne un homme de 37 ans, atteint d'une fracture du crâne dans la région rolandique gauche. Aphasie, hémiplégie et hémianesthésie droite. Trépanation. Trois heures après, disparition de la paralysie sensitive et motrice. Guérison en dix-neuf jours. H. R.

V. — Homme de 55 ans, à la suite d'une fracture du crâne à gauche, présente l'aphasie motrice et des accès d'épilepsie limitée au côté droit du corps; deux accès d'épilepsie se répétèrent à 12 minutes d'intervalle avec une durée de 3 à 4 minutes et furent suivis de coma avec arrêt presque complet de la respiration et du cœur. Après lavage au sublimé, on fait une incision qui réunit plusieurs des plaies contuses et on extrait par cette incision 17 fragments osseux provenant de la table externe ou de la table interne du crâne; la perte de substance osseuse est d'une forme irrégulièrement ronde et mesure 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 5 à 6 centimètres dans le sens transversal; hémorragie assez abondante pendant l'opération. Guérison complète, sauf un léger degré de faiblesse musculaire du bras droit.

GEORGES THIBIERGE.

VI. — Fracture du pariétal, s'étendant jusqu'au voisinage de l'oreille. Hémorragie par l'oreille droite et par le nez. On constate un double strabisme convergent, et l'examen montre que le droit externe est seul paralysé; en même temps, il existe une anesthésie de la face sans aucun trouble moteur; la zone d'anesthésie forme un masque parfait; les yeux et la peau immédiatement voisine, ainsi que le nez et le contour de la bouche, ont une sensibilité normale. Les conjonctives sont insensibles, ainsi que le cuir chevelu et le vertex principalement du côté gauche. DUFLOCQ.

VII. — Un jeune soldat, âgé de 26 ans, fait une chute de cheval sur la tête, sans perdre connaissance, mais avec une forte contusion des téguments de la région pariétale droite.

Céphalée consécutive et tremblement des mains: bientôt, marche incertaine et vision troublée. Au bout de cinq mois, il entend et voit mal, et titube en marchant. Six mois plus tard, aggravation et la mémoire a baissé, parésie oculaire, diplégie homonyme, sans névrite optique manifeste. Rétrécissement du champ visuel des deux côtés; légère paralysie faciale gauche; de même, le bras et la jambe gauche sont paralysés complètement. Toute la moitié gauche du corps est hyperesthésiée. Il existe un point très douloureux au toucher, fixe, à 2 centimètres à droite de la suture sagittale.

Un an après le traumatisme, trépanation du crâne au point douloureux; la dure-mère incisée laisse voir un kyste sanguin de la grosseur d'une noisette; tout autour, indurations et adhérences de la dure-mère. Extirpation du caillot et pansement antiseptique. Le soir même, le mouvement reparaît dans le bras gauche et dans la jambe correspondante. Les troubles oculaires disparaissent. Guérison complète. H. R.

I. — Quatre nouveaux faits de chirurgie rachidienne du mal de Pott, par CHIPAULT (*Revue de chirurgie*, n° 7, p. 579, 1891).

II. — Zur Therapie der tuberculösen Spondylitis, par EISELSBERG (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 *décembre* 1890).

III. — Laminectomy for injury of the cervical vertebræ, par Mac COSH (*N. York med. journ.*, p. 518, 2 *mai* 1891).

IV. — Wiring of the vertebræ... (De la suture des vertèbres dans les fractures du rachis et dans le mal de Pott), par E. HADRA (*Times and Register*, 23 *mai* 1891).

I. — Dans le premier de ces quatre faits, Chipault a employé la

technique de Treves chez un enfant porteur d'une tuberculose superficielle des corps vertébraux lombaires, sans abcès froids. Dans les trois autres cas, il a pu, après trépanation du rachis et réclinaison de la moelle, attaquer directement et drainer à travers le canal rachidien les lésions ostéoméningées antémédullaires.

Voici le procédé employé par l'auteur : après section des lames vertébrales, et mise à nu de la dure-mère, le sujet est placé sur deux coussins, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du point trépané; il résulte de cette position une inflexion en avant du rachis et une mobilité plus grande du fourreau méningé, qui se laisse écarter latéralement. On commence alors à détacher la dure-mère de la partie latérale du canal rachidien entre deux racines médullaires, en choisissant de préférence le point où viennent affleurer les fongosités en plus grande abondance. Cette libération est poursuivie sur plusieurs espaces interradiculaires du même côté. Le fourreau méningo-médullaire se laisse alors très facilement incliner du côté opposé, de sorte qu'on peut découvrir une bonne moitié de la face postérieure des corps vertébraux correspondants. On répète la même manœuvre de l'autre côté, de sorte que l'on peut agir sur les corps vertébraux dans toute l'étendue transversale de leur face postérieure et sur toute la hauteur nécessaire.

Pour attaquer les lésions ostéo-méningées antémédullaires, Chipault conseille l'emploi de petites pinces courbes à griffes, de petits ciseaux courbes et de la curette de Besnier. On peut ainsi assez facilement enlever les fongosités et les petits séquestres. C. WALTER.

II. — Eiselsberg a excisé, chez une fille de 10 ans atteinte de mal de Pott dorsal, les arcs vertébraux des 7e, 8e, 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales, et excisé une plaque de pachyméningite. Quelques jours après, la paraplégie, qui existait avec la paralysie vésicale avant l'opération, disparaissait, et au bout de deux mois la malade était complètement guérie.

Dans le mal de Pott sous-occipital, l'auteur conseille d'inciser les abcès rétro-pharyngiens en dehors sur une ligne allant de l'apophyse mastoïde à la clavicule, et non pas dans la bouche, car il faut éviter l'invasion du foyer par les bactéries buccales et la déglutition des produits septiques et des bacilles.

III. — Matelot de 33 ans, sur la tête duquel est tombée, il y a dix-huit mois, une lourde chaîne; il a été plié en deux et est resté paralysé des quatre membres. En mai 1870, on constate une atrophie musculaire généralisée; impossibilité de se soulever sur le lit et de marcher. L'avant-bras gauche est fléchi sur le bras; le membre inférieur gauche est en état de paralysie spasmodique. Douleurs vives. On diagnostique une compression des racines nerveuses par un cal ou un exsudat.

Incision longitudinale jusqu'à l'occiput. On trouve une courbure de la colonne vers la droite. La 4e vertèbre cervicale est luxée à gauche. Pas de trace de fracture. On enlève l'arc de la 5e vertèbre. La dure-mère est rouge foncé, très épaisse; on ne l'incise pas. La plaie est laissée ouverte, en prévision d'une intervention ultérieure. Mais celle-ci suffit. L'amélioration s'affirme très rapidement.

Dix mois après l'opération, l'opéré peut faire plusieurs milles à pied et se servir des bras. Il peut écrire. La contracture des membres du côté gauche a disparu. GALLIARD.

IV. — Hadra propose de suturer les vertèbres en cas de fracture ou de mal de Pott. Son procédé consiste à découvrir la vertèbre fracturée ou

malade et à décrire une ligature en 8 de chiffre autour de l'apophyse épineuse, en comprenant la vertèbre inférieure et la supérieure. L'opération n'a été faite qu'une fois, et a été suivie de succès. H. R.

Injury of the cauda equina and conus medullaris, par HERTER (*N. York med. journ.*, *p.* 197, 22 *août* 1891).

Homme de 30 ans, ayant été écrasé par une lourde porte, présente une déformation de la région dorso-lombaire. Perte des réflexes rotulien, plantaire et crémastérien; émission involontaire de l'urine et des matières, paraplégie. Au bout de deux semaines, légère amélioration. Le dix-huitième jour, on constate un début d'escarre sacrée ; quelques mouvements des cuisses et des pieds; pas de contracture; atrophie musculaire, surtout au niveau des jambes. Troubles de la sensibilité : anesthésie et analgésie au niveau de la région postéro-inférieure des jambes, au niveau de la plante et du dos des pieds; à la région sacrée zone d'anesthésie, entourée d'une zone où l'analgésie existe seule; mêmes symptômes sur un espace limité de chaque côté du pubis, au niveau du pénis, du scrotum et du périnée. Perte de la contractilité électrique des muscles situés au-dessous du genou. Anesthésie rectale et urétro-vésicale.

Deux mois après l'accident, amélioration; à la fin du troisième mois, le malade peut marcher avec l'aide d'une canne.

A la fin du cinquième mois la situation s'est aggravée de nouveau : on songe à une compression de la queue de cheval. Résection de l'arc postérieur des première, deuxième et troisième vertèbres lombaires. On ne découvre ni lésion, ni compression apparente, après incision de la dure-mère. Accès de fièvre, mort quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. A droite du conus terminalis, on trouve, au-dessous de la dure-mère épaissie, une masse inflammatoire, jaunâtre, consistante. Le cône est partiellement détruit; la substance du cône est infiltrée de petites cellules et les éléments nerveux sont dégénérés en grande partie.

La pie-mère est infiltrée et adhérente au niveau de la queue de cheval, dont les faisceaux sont soudés ensemble; les faisceaux latéraux, spécialement à droite, présentent des fibres dégénérées; celles-ci sont plus nombreuses dans les faisceaux antérieurs; dans les faisceaux du centre on ne découvre pas de fibres normales.

Les troisième et quatrième racines lombaires antérieures et postérieures sont normales.

L'auteur n'obtient pas l'autorisation de pratiquer l'autopsie complète.

L. GALLIARD.

Ueber Sinpa bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis, par G. JOACHIMSTHAL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, *p.* 536, 1er *juin* 1891).

Fillette de 5 ans, bien développée aux points de vue physique et intellectuel: aucune monstruosité dans la famille. Cicatrice d'ablation d'un nævus vasculaire au côté gauche du dos. Double luxation congénitale de hanche.

Au niveau de la 4e vertèbre lombaire, à cheval sur le rachis, touffe de poils clairsemés et blonds (comme ceux de la tête) dirigés vers le bas. Leur implantation forme l'extrémité supérieure de l'espace velu et décrit une ligne convexe en haut, légèrement inclinée de gauche à droite et de haut en bas ; l'extrémité inférieure se trouve à 7 1/2 centimètres au-dessus du sillon anal ; du côté droit de la colonne, les poils s'étendent à 5 1/2 centimètres; du côté gauche, seulement à 2 1/2 de la ligne médiane ; les poils de la portion centrale de la touffe sont les plus longs (jusqu'à 12 centimètres) et les plus serrés ; tous se dirigent vers le rachis et confluent en une mèche qui, d'abord verti-

cale en bas, s'incurve ensuite à droite et forme une petite boucle un peu au-dessus et à droite du sillon anal. Sous le microscope, ces poils apparaissent dépourvus de moelle ayant une section parfaitement ronde et des squames cuticulaires extrêmement fines. La peau sous-jacente est normale, mais elle est déprimée. Au niveau de la 3e vertèbre lombaire, on sent une petite tumeur, à peine grosse comme une cerise, qui disparaît dans l'inclinaison du corps en avant et laisse alors percevoir une lacune dans l'os vertébral correspondant. Un hiatus semblable mais plus considérable, sans aucune voussure le recouvrant, se trouve sur la 4e lombaire, déjà dans l'attitude droite; on peut enfoncer, dans ce dernier orifice, la pulpe du petit doigt. L'apophyse épineuse de la 5e lombaire et la ligne des apophyses épineuses sacrées ne sont pas nettement reconnaissables. Nulle part ailleurs il n'y a de développement anormal du système pileux.

C'est en 1875 qu'Ornstein, le premier, a signalé le développement anormal de poils au niveau du sacrum; jusqu'en 1880, il en avait observé 37 exemples chez les recrues hellènes (*Zeitschrift für Ethnologie*, VII, VIII, XI et XII, et *R. S. M.*, XVII, 441). En 1875, également, Virchow (*Zeitschr. f. Ethnol.*, VII) rencontra sur un cadavre féminin, au niveau des lombes, des poils anormaux avec un spina-bifida occulte. Depuis lors, il a été publié 6 observations analogues. La première en date est celle de Fischer (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, XVIII, 1883), concernant un garçon de 9 1/2 ans qui offrait en outre entre les apophyses épineuses des 3e et 4e vertèbres cervicales une autre touffe de poils, mais sans anomalie du rachis. Viennent ensuite les cas de Sonnenburg (*R. S. M.*, XXVIII, 34), de Luecke (celui-ci chez une fillette de 9 ans qui, comme celle de Joachimsthal, avait en outre une luxation congénitale de la hanche) ; de Fischer et von Recklinghausen (*Virchow's Archiv*, CV), de Brunner (*Ibidem* CVII) et de von Bergmann. J. B.

I. — Surgical treatment of aortic aneurism, par Julius ROSENSTIRN (*Americ. j. of the med. sc., janvier* 1885).

II. — Treatment of the arterio-venous aneurism..., par Farquhar CURTIS (*Americ. j. of med. sc., février* 1891).

I. — Malade extrêmement obèse. A 22 ans il pesait entre 250 à 260 livres. Palpitations du cœur, dyspnée. Pouls irrégulier et fréquent (90). Peu à peu se dessinent les signes plus nets d'un anévrisme aortique. Pouls rapide (100) ; disparition à peu près complète du pouls à droite, tumeur animée de battements, etc.

Dès ce moment, le malade fut mis au lit et à la diète liquide avec de fortes doses d'iodure de potassium. Massage des extrémités. Ce traitement fut soigneusement suivi pendant trois mois sans résultat appréciable. Douleurs violentes dans le bras droit et attaques de suffocation. Le 13 janvier 1889, séance d'électro-puncture ; courant de 70 milliampères pendant 20 minutes. Le pôle négatif était placé sur le sternum. Nouvelle application le 26 janvier, résultat nul. Les symptômes s'aggravant de jour en jour, on fit le 24 février l'opération de Loreta-Barwell. Le trocart étant enfoncé dans la tumeur, on fit passer pendant 6 à 7 minutes un courant progressivement croissant ; puis, ayant enlevé la pointe du trocart, on fit pénétrer dans la canule à peu près 26 centimètres de fil d'argent. Une fois le fil introduit, on fit une séance d'électro-puncture. Au bout de quelques jours, diminution des douleurs, aucune attaque de suffocation. Une petite escarre superficielle de la peau.

La tumeur diminue progressivement en demeurant plus dure ; les pulsations étaient moins marquées et en avril avaient totalement disparu. Le patient pouvait dès ce moment être considéré comme guéri. F. VERCHÈRE.

II. — Dans le premier cas il s'agit d'un anévrisme artério-veineux du canal de Hunter, dans le deuxième du creux poplité.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes : La compression n'est applicable que dans les cas récents et où les vaisseaux blessés sont superficiels ; mais si son emploi n'a pas été suivi de succès, ou se trouve difficile ou douloureux, les résultats de l'opération ne sont pas assez graves pour qu'on recule devant elle et qu'on tarde davantage. Tous les cas pourront être traités par l'extirpation, sauf cette seule exception où le siège de l'anévrisme est sur la jugulaire interne ou lorsqu'il faut lier veine et artère fémorales. Il n'y a pas lieu de distinguer l'anévrisme variqueux ou la varice anévrismale au point de vue du traitement.

En général, tous les petits anévrismes ne siégeant pas sur les gros vaisseaux d'un membre doivent être enlevés en ayant soin de ménager les nerfs par une dissection attentive, car il est important, comme à la face, par exemple, d'éviter une paralysie ou une escarre.

Le traitement pour les anévrismes volumineux dépend de leur situation. Ceux du cou, qui comprennent la veine jugulaire externe, demandent rarement à être traités, mais il peut être nécessaire de le faire ; il sera préférable, dans ce cas, de faire la double ligature des deux vaisseaux. En d'autres points la simple ligature des vaisseaux n'est pas suffisante ; il vaut mieux faire la dissection, puis l'extirpation ; on se met ainsi mieux à l'abri de toute récidive. F. VERCHÈRE.

I. — Arterio-venous aneurysm of the upper extremity, par F. KAMMERER (*N. York med. journ., p.* 173, 14 *févier* 1891).

II. — Ligature of the carotid and subclavian arteries for aneurysm at the root of the neck, par MARKOE (*N. York med. journ., p.* 291, 14 *mars* 1891).

I. — Homme de 55 ans. A l'âge de 29 ans, il a reçu une balle de revolver au niveau du tiers inférieur de l'humérus droit. De là un anévrisme artérioso-veineux qui s'est aggravé pendant les dernières années. Masse occupant la face interne du membre, soulevant la cicatrice. La pression en ce point arrête les pulsations des veines dilatées, mais ne supprime pas le pouls radial.

Le sujet étant mort de pneumonie, l'auteur fait une injection dans l'artère axillaire et voit la gélatine pénétrer dans les veines céphaliques dilatées. L'artère cubitale, anormalement développée, court à la surface de l'anévrisme. L'artère humérale communique au milieu du bras avec un sac allongé, formé aux dépens de l'une des veines humérales, terminé brusquement à deux pouces au-dessous de l'abouchement artériel, au niveau du pli du coude. L'autre veine humérale et la basilique sont normales. Quant à la médiane basilique, il est impossible de la découvrir. L'artère cubitale a dû suppléer en partie à l'insuffisance du courant artériel dans la radiale et les interosseuses. L. GALLIARD.

II. — Femme de couleur, âgée de 50 ans, portant à la région sous-claviculaire droite un anévrisme saillant qui date de 5 à 6 ans et qui depuis 2 ans n'a pas augmenté. Elle a des douleurs et un peu de dyspnée, pas de dysphagie, pas d'œdème. Le pouls radial de ce côté est à peu près égal à l'autre. On admet un anévrisme du tronc innominé, intéressant l'origine des carotide

et sous-clavière, mais n'atteignant pas l'aorte. On essaye inutilement l'iodure de potassium, le repos au lit, l'abstinence.

Le 4 avril 1890, ligature de la sous-clavière et de la carotide primitive à droite. Disparition du pouls temporal et du pouls radial. Pas de modification des battements de l'anévrisme. Au bout d'un mois, l'opérée accuse de moindres douleurs au côté droit de la poitrine et au niveau de la tumeur elle-même. Le membre qui a été refroidi après l'opération a repris la température normale.

Quelques mois plus tard l'anévrisme diminue de volume. Les battements sont moins énergiques, les douleurs moins vives. L. GALLIARD.

I. — **Beitrag zur operativen Behandlung des Kropfes, par Fritz BALLY** (*Thèse inaugurale, Bâle* 1891, *et Correspondenz-Blatt für schweizer Aertze*, 1er *mai* 1891).

II. — **Ein Fall von Wanderkropf (Un cas de goitre mobile), par REUTER** (*Münch. med. Woch., p.* 152, 30 *juin* 1891).

I. — De janvier 1887 à septembre 1890, Socin a opéré 77 tumeurs bénignes du corps thyroïde : 24 kystes, 24 goitres colloïdes, 19 goitres à la fois colloïdes et kystiques, 7 goitres parenchymateux, 1 goitre fibreux, 1 adénome kystique et 1 adénome fœtal. Ces opérations se décomposent en : 5 ponctions suivies d'injections (1 guérison, 4 améliorations), 1 ablation totale du corps thyroïde (parésie de la corde vocale gauche, pas de cachexie), 14 ablations partielles, dont l'une suivie plus tard d'injection iodoformée (1 mort par broncho-pneumonie et embolie graisseuse, 8 fois parésie de la corde vocale, 2 préexistant à l'opération et 4 définitives), enfin 58 énucléations intra-glandulaires.

En joignant à ces 77 observations celles analogues publiées antérieurement par Keser (énucléation de goitre parenchymateux, 1887), Bally dispose de 136 opérations pratiquées par Socin pour des goitres bénins, et il tire les conclusions suivantes :

L'énucléation intra-glandulaire de noyaux goitreux isolés ou pas trop nombreux, de quelque nature que ce soit, est praticable dans la plupart des cas. Les seules contre-indications à cette méthode opératoire sont : 1° les goitres malins ; 2° les hypertrophies diffuses, parenchymateuses ou colloïdes du corps thyroïde, et les goitres vasculaires de la maladie de Basedow ; 3° les goitres à noyaux nombreux. En général, l'hémorragie qui se produit pendant l'énucléation ou consécutivement n'est pas inquiétante. Dans les rares circonstances où elle prend des proportions dangereuses, on peut toujours modifier la méthode opératoire et y substituer l'ablation partielle après ligature des vaisseaux thyroïdiens. On peut toujours éviter la blessure des filets nerveux et les paralysies des cordes vocales qui en sont la conséquence.

Au point de vue de la récidive dans les portions de la glande laissées en place, l'énucléation intra-glandulaire n'est nullement inférieure à l'ablation partielle. Jamais Socin n'a observé de suites fâcheuses, telles que tétanie ou cachexie spécifique. Dans aucun des 12 cas d'ablation partielle on n'a vu, contrairement à J. Wolff (*R. S. M.*, XXXI, 638), disparaître les restes du goitre laissés en place. (*R. S. M.*, XXV, 727 ; XXIX, 241 ; XXX, 288 ; XXXIII, 622 ; XXXIV, 250 et 252 ; XXXV, 262.) J. B.

II. — Un homme de 72 ans se présente avec une paralysie du récurrent gauche ; on constate les signes d'une tumeur du médiastin au niveau de la partie

interne du deuxième espace intercostal droit et empiétant d'une part sur le sternum, de l'autre sur la paroi thoracique jusqu'à 4 centimètres du sternum. La toux violente fait remonter au cou une tumeur presque aussi volumineuse que le poing, qui peut ensuite être réduite dans le thorax en le poussant avec le doigt. La mère de cet individu était goitreuse. Lui-même a été traité pendant son enfance pour des adénopathies cervicales. Vers 10 à 15 ans, il remarqua que son cou s'amaigrissait, mais qu'il gonflait à l'occasion de tous les refroidissements. L'auteur admet l'existence d'un goitre mobile, bien qu'il manque la constatation anatomique. C. LUZET.

Traitement des cavernes pulmonaires, par POIRIER (*Cong. de la tub. Gaz. des hôp.*, 4 *août* 1891).

Poirier décrit, pour pénétrer facilement et sans danger dans les cavernes du sommet du poumon, le procédé opératoire suivant : Incision au thermocautère, commençant sur le milieu du sternum, à 4 centimètres au-dessous de l'interligne sterno-claviculaire, suivant le premier espace intercostal, sur une longueur de 9 centimètres, et comprenant la peau et le tissu sous-cutané; écartement des fibres du grand pectoral, et à la partie moyenne de la plaie incision des muscles intercostaux, ce qui met à nu la plèvre pariétale.

Cela fait, si la plèvre, le plus souvent épaissie, rénitente, de couleur blanc mat, est adhérente, ouverture de la caverne avec le thermocautère, qui fréquemment traverse du tissu pulmonaire farci de tubercules avant d'arriver à l'excavation. S'il n'y a pas d'adhérences, on les provoque d'abord et on ouvre ensuite la caverne, ou bien celle-ci est incisée et les deux plèvres suturées.

Ce procédé rapide et facile doit être préféré à la voie postérieure, que l'on réservera pour des cas spéciaux. Les résultats de vingt-cinq ouvertures de cavernes tuberculeuses par la voie antérieure ont été les suivants : 15 améliorations de l'état local et général, 4 guérisons, 9 sans résultat, 1 sans résultat indiqué. OZENNE.

Sarcoma of the tongue, par J. H. TARGETT (*Guy's hosp. Rep., XLVII, p.* 21).

Le sarcome de la langue est une affection rare et mal connue. Targett en publie 11 cas, dont il faut peut être défalquer quatre comme n'ayant pas une certitude absolue. Restent sept cas qui peuvent servir de type. Leurs caractères sont les suivants : Tumeurs développées primitivement dans le parenchyme de la langue et non à sa surface, laissant la muqueuse non ulcérée, peu douloureuses en général, et donnant lieu à des adénopathies médianes et tardives : récidivant rarement après l'ablation de la tumeur, et d'ordinaire lentement. Dans la plupart des cas cités, le sarcome avait la structure du sarcome fasciculé fusiforme, et n'offrait pas de petites cellules rondes.

La difficulté est souvent de distinguer ces sarcomes des syphilomes : pour Esmarch, toutes ces tumeurs dériveraient de la syphilis. Targett pense que c'est là une exagération, et il montre que les abcès chroniques de la langue, l'actinomycose, peuvent en imposer pour l'existence d'une tumeur sarcomateuse. H. R.

Sur la réunion par première intention des pertes de substance consécutives à l'ablation des tumeurs de la langue, par Paul BERGER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 86).

La réunion immédiate après l'ablation des tumeurs de la langue a pour avantages de supprimer le suintement sanguin après l'opération, d'abréger le temps nécessaire à la guérison, de supprimer les hémorragies secondaires, de permettre l'asepsie buccale parfaite et d'éviter ainsi les pneumonies infectieuses.

La réunion doit être faite non seulement pour les petites pertes de substance de la pointe ou des bords de la langue, mais encore pour les grandes ablations portant sur presque tout l'organe.

Terrier insiste sur l'importance de la suture pour éviter les inoculations secondaires et les suppurations ganglionnaires qui en résultent.

C. WALTHER.

Un nouveau procédé de thoracoplastie, par QUÉNU (*Progrès méd.*, 1891, *et Bull. acad. de méd.*, 3 *mars* 1891).

Quénu a appliqué à un malade atteint d'une pleurésie ancienne avec fistule pleurale le procédé de thoracoplastie suivant, qu'il décrit ainsi :

On commence par mobiliser un plastron thoracique en réséquant un petit fragment osseux aux deux extrémités de chaque côté; pour cela, par une incision verticale de 15 centimètres en arrière de la ligne axillaire postérieure, on sectionne transversalement le grand dentelé et l'on résèque les côtes sur une étendue de deux centimètres. Dans le cas actuel, la résection a porté sur les 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes. Une seconde incision verticale antérieure est menée derrière le mamelon et les côtes sont réséquées dans l'étendue de 1 à 2 centimètres. Le plastron est alors mobilisable.

Ensuite on réunit par une incision la fistule pleurale à l'incision antérieure et, après avoir réséqué complètement la côte sous-jacente, on incise la plèvre. La cavité pleurale est curetée et touchée au chlorure de zinc; les trois incisions sont suturées, la postérieure et l'horizontale avec drains. Pansement sec iodoformé : guérison complète en 40 jours. OZENNE.

Des voies de pénétration dans le médiastin postérieur, par QUÉNU et HARTMANN (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 82).

D'après leurs recherches sur le cadavre, Quénu et Hartmann recommandent une incision verticale de 15 centimètres passant par l'angle des côtes à 4 travers de doigts environ des apophyses épineuses. Après section des parties molles et des côtes, il est facile de décoller la plèvre et d'aborder le médiastin. Cette méthode, déjà indiquée par Nasiloff, permettrait d'aborder la portion thoracique de l'œsophage, et, dans ce cas, il vaudrait mieux opérer à gauche, car, de ce côté, l'œsophage est plus accessible. La plèvre gauche, en effet, se réfléchit directement sur le médiastin, tandis qu'à droite elle forme un cul-de-sac rétro-œsophagien.

C. WALTHER.

Zur Casuistik der Brustschüsse, par A. BARDELEBEN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 6, *p.* 139, 9 *février* 1891).

Bardeleben publie le fait d'un typhoïdique qui a tenté de se suicider à l'aide d'un revolver; la plaie thoracique non pénétrante a parfaitement guéri.

Du 1er janvier 1876 au 1er avril 1889, il a été traité à la Charité de Berlin 194 plaies par armes à feu, dont 62 (32 0/0) suivies de mort. Les 111 cas observés dans les dix premières années de cette période ont fourni une mortalité de 34 0/0 qui s'est réduite à 28.9 0/0 pour les 83 cas des 3 1/4 dernières années de la période. La fréquence moyenne annuelle des plaies par armes à feu a été de 11 dans les 10 premières années et de 26 dans les 3 1/4 dernières.

En ce qui touche les plaies de poitrine, il en a été traité 59 dans ces 13 1/4 années, dont 9 (15 1/2 0/0) suivies de mort. Mais tandis que les 27 cas observés dans les 10 premières années ont fourni une mortalité de 18 1/2 0/0, les 32 des dernières années n'ont causé qu'une mortalité dépassant légèrement 12 0/0.

Donc, on voit que les plaies par armes à feu deviennent à la fois plus fréquentes et moins dangereuses. La diminution de la mortalité ne s'explique pas par le traitement, qui a toujours été soigneusement antiseptique. Il faut en rapporter l'honneur au moindre calibre des projectiles (6 ou 7 cent.) et à leur force de pénétration peu considérable, grâce à leur charge relativement faible. Aussi a-t-on souvent affaire à des plaies qui contournent le thorax. J. B.

I. — Zur Technik der Magenfistelanlegung (Contribution à la technique de la gastrostomie), par Oscar WITZEL (*Centr. für Chir.*, 8 *août* 1891).

II. — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par M. TILLIER (*Thèse de Lyon*, 1891).

III. — Ulceration of the stomach, gastrostomy, par ABBE (*N. York med. journ.*, *p.* 519, 2 *mai* 1891).

IV. — A successful case of gastrostomy, par C. A. POWERS (*Ibid.*, *p.* 160, 7 *fév.* 1891).

V. — Gastrostomy for impermeable stricture of the cardiac end of the œsophagus; recovery; subsequent dilatation of the stricture, par Arch DIXON (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, *p.* 700, 31 *octobre* 1891).

VI. — Résection du pylore et d'une portion de la grande courbure pour cancer de l'estomac, par POLLOSSON (*Lyon méd.*, 15 *novembre* 1891).

VII. — Pylorectomy with gastro-enterostomy for cancer of the stomach, par W. T. BULL (*N. York med. journ.*, *p.* 52, 10 *janvier* 1891).

VIII. — Gastro-enterostomy rather than resection, for cancer of the pylorus, par R. F. WEIR (*Ibid.*, 10 *janvier* 1891).

I. — Le procédé de l'auteur consiste à établir au niveau de l'estomac, entre les bords libres de deux plis parallèles des téguments, une sorte de canal obliquement dirigé de haut en bas et de droite à gauche, qui conduise à l'orifice stomacal. Les deux replis ainsi formés à la peau laissent entre eux une gouttière de 15 à 20 millimètres de large, et 3 ou 4 fils placés à travers leur bord sont destinés à les rapprocher par-dessus un tube de caoutchouc dont l'extrémité inférieure pénètre dans l'estomac par un orifice étroit, correspondant à la partie déclive de la gouttière. On complète l'occlusion du canal par un nombre suffisant de fils supplémentaires.

Une excellente méthode consiste à faire d'abord aux téguments une

incision à un travers de doigt sous l'arc costal et parallèle à celui-ci, puis à mettre à nu la gaine du grand droit. Après avoir ouvert cette gaine on divisera le grand droit dans la moitié de sa largeur, et ensuite on passera à travers le transverse de droite à gauche jusqu'au péritoine. Or, comme les fibres du droit et du transverse se croisent, leurs faisceaux enserrent comme dans un étau le tube de caoutchouc pincé en deux sens perpendiculaires ; mais il faut chercher à atteindre le plus court trajet possible entre les téguments et la paroi stomacale, sinon la cicatrisation exigera pour se faire un laps de temps considérable.

L'auteur cite l'observation de deux malades opérés par sa méthode : chez l'un le tube resta en place pendant 4 semaines sans qu'il s'échappât une goutte de contenu stomacal, et l'occlusion fut si hermétique qu'après l'ablation du tube il ne sortait rien, même après une forte réplétion de l'estomac. Même résultat chez le second malade en 20 jours. ARNOULD.

II. — Tillier, après avoir passé en revue les divers procédés de gastrostomie, analysé les statistiques de cette opération, montre que les dangers de mort ne tiennent pas à l'opération en elle-même, mais à la faiblesse des malades, à l'infection de la plaie quand les liquides de l'estomac s'écoulent au dehors. Pour obtenir un bon fonctionnement de la fistule gastrique, pour empêcher l'issue des liquides, il faut une ouverture de l'estomac aussi petite que possible, 3 à 4 millimètres au maximum.

Il décrit en détail le procédé d'A. Poncet, qui consiste à faire la gastrostomie en deux temps : 1° fixer l'estomac à la paroi abdominale. Incision d'après les données de Labbé et de Terrier; recherche de l'estomac en se guidant sur l'épiploon, qu'on tire doucement au dehors et qui amène l'estomac dans la ligne d'incision. Fixation à la paroi au moyen de sutures de soie ne comprenant que le péritoine pariétal et la couche musculo-aponévrotique. Réunion des tissus en ne laissant de l'estomac à découvert qu'une surface de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Cette première opération doit être faite dès que la nature cancéreuse de la lésion est bien établie. La seconde ouverture, de l'estomac (avec un simple couteau à cataracte) ne sera pratiquée que lorsque toute alimentation deviendra impossible par l'œsophage. Il suffit avec cette ouverture de la sonde molle de Nélaton pour faire pénétrer les aliments.

Tillier publie 5 observations inédites, dont une seule par ce procédé en deux temps. A. C.

III. — Une femme ayant eu des hématémèses répétées et menaçantes que le traitement médical n'a pu arrêter, on pratique la laparotomie. La paroi antérieure de l'estomac, vue du dehors, paraît normale. Il en est de même de la paroi postérieure, qu'on examine après incision de l'épiploon. Mais on trouve une induration pylorique. Incision d'un pouce et demi sur la paroi antérieure de l'estomac près du pylore. Cet orifice est sain. L'ouverture pratiquée est assez large pour permettre l'inspection de la muqueuse qui paraît saine. Suture. Mort le lendemain.

A l'autopsie, on constate, contrairement à ce que l'inspection évidemment incomplète faisait prévoir, des cicatrices et des ulcérations peu profondes. Pas de perforation. L. GALLIARD.

IV. — Homme de 50 ans, atteint de rétrécissement cancéreux infranchissable de l'œsophage. Incision parallèle au bord libre des côtes, à la distance d'un pouce. Le lobe gauche du foie est reconnu. L'estomac est amené au contact de la paroi abdominale et fixé à l'aide de six sutures. On ne l'ouvre

que le 4e jour. Introduction d'un cathéter anglais mou n° 9, qu'on laisse en place. Lait peptonisé et brandy; on supprime les lavements alimentaires. Mort de cachexie cancéreuse après 3 mois. L. GALLIARD.

V. — Un homme de 54 ans était atteint de sténose presque complète de l'extrémité cardiaque de l'œsophage : son poids était tombé de 230 livres à 140 livres. La paroi de l'abdomen fut incisée, le 4 août, mais on ne put découvrir au niveau de l'extrémité de l'œsophage ni tumeur, ni tuméfaction qui pût être la cause du retrécissement. L'estomac fut fixé à la paroi, puis incisé au troisième jour; un tube en caoutchouc fut laissé dans l'ouverture et un pansement antiseptique appliqué. L'alimentation fut très facile, et au dixième jour le patient se levait.

Le 29 août, on passa à nouveau un cathéter dans l'estomac, ce qui fut assez facile, et on commença à dilater le retrécissement; au bout de quinze jours, le patient put s'alimenter. Mais le rétrécissement se reproduisit, et bientôt le cathétérisme fut impossible.

Le 30 septembre Young Brown réussit à introduire par l'estomac une fine bougie dans l'œsophage : l'orifice était dur, comme fibreux, à l'aide du dilatateur utérin, on agrandit aussitôt l'orifice, jusqu'à un demi-pouce de diamètre; le lendemain, on reprit la dilatation sous le chloroforme; on constata à ce moment une tumeur friable, irrégulière. Depuis cette dilatation, le patient a pu se nourrir avec des aliments solides, sans trop de difficulté, et a notablement engraissé. MAUBRAC.

VI. — Homme de 67 ans. Cancer de l'estomac. Vomissements incessants. Tumeur du volume du poing. Opération le 3 août, lavage de l'estomac. Incision médiane. La tumeur fait le tour complet de la région pylorique et se prolonge sur la grande courbure. Résection de la partie malade. La section de l'estomac forme un orifice elliptique dont le grand diamètre mesure 15 centimètres. Rétrécissement de cette large ouverture en suturant la lèvre antérieure à la lèvre postérieure. L'orifice mesurant ainsi les dimensions de l'orifice duodénal, on réunit les deux bouts par une suture à trois étages. Durée de l'opération, 2 heures et demie. Mort 23 heures après l'opération. Pas d'épanchement péritonéal, pas d'hémorragie. La mort a été due vraisemblablement au choc opératoire. A. C.

VII. — Bull a pratiqué trois fois la pylorectomie avec gastro-entérostomie dans le cancer du pylore. L'opération a été simplifiée par l'usage des plaques de Senn. D'autre part, l'auteur unit l'estomac au jejunum, de telle sorte que le duodénum ne forme plus qu'un cul-de-sac.

Il vide l'estomac à l'aide de la pompe. Il fait l'incision médiane. Il ne place pas de pince sur l'estomac ni sur l'intestin, qu'il fait saisir par un aide. La suture continue des muqueuses avec catgut est renforcée par des sutures interrompues.

Un des opérés est vivant. La perte des deux autres peut être attribuée à des fautes de technique.

VIII. — Weir pense que la pylorectomie, n'ayant fourni que de mauvais résultats, doit être reléguée parmi les procédés expérimentaux. Il critique les plaques de Senn et les anneaux d'Abbe.

Un homme de 41 ans, opéré par lui, il y a un an, pour un rétrécissement supposé fibreux du pylore, et ayant subi la gastro-entérostomie sans pylorectomie, a guéri rapidement et n'a cessé de jouir dès lors d'une bonne santé. Depuis deux mois cependant, il vomit. On peut attribuer le fait à l'engorgement des organes à travers la paroi abdominale affaiblie (bien que l'opérateur ait pris toutes les précautions pour éviter une hernie), ou bien à la traction qu'exerce l'intestin, ou peut-être même au rétrécissement du nouvel orifice gastro-intestinal. L. GALLIARD.

Exstirpation einer sarcomatoesen Milz, par FLOTHMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 43, p.* 1002, 27 *octobre* 1890).

Chez un homme de 44 ans, ayant une tumeur maligne de la rate, Flothmann a ouvert la cavité abdominale par une incision sur le bord externe du grand droit abdominal gauche. La tumeur, presque immobile dans l'hypocondre, en raison de vastes adhérences avec les organes voisins, n'avait qu'un pédicule d'un centimètre de long; après l'avoir lié, Flothmann déchira les adhérences et enleva avec assez de peine la tumeur, qui pesait 4 livres.

Il dut laisser dans le grand épiploon une nodosité morbide assez considérable.

Mort 50 heures après l'opération, par hémorragie due aux adhérences rompues. J. B.

I. — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu avec l'analyse de 165 cas traités par la laparotomie, par Wil. COLEY (*Americ. j. of the med. sc., mars* 1891).

II. — Des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin, par Paul RECLUS (*Bull. de la soc. de chirurgie, t. XVI, p.* 447).

III. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; laparotomie ; guérison, par BERGER (5ᵉ *Cong. franç. de chirurgie; Bulletin médical*, 15 *avril* 1891).

IV. — Stab-wound of the abdomen and small intestine, par MARGULIES (*N. York med. journ., p.* 243, 29 *août* 1891).

V. — Sur trois observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, par BOIFFIN et BROCA, rapport par TERRIER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XVII, p.* 313).

VI. — Déchirure du mésentère, par LANDE (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 *juin* 1890).

VII. — Fünf aufeincranfolgende Fäll von Laparotomie... (5 laparotomies pour plaies des viscères abdominaux), par A.-C. BERNAYS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 708, 4 *août* 1890).

VIII. — Cases of penetrating stab-wounds of the abdomen, par H. DALTON (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 708, 15 *novembre* 1890).

I. — Ce travail très complet est une revue très intéressante de tous les cas publiés jusqu'à ce jour.

Sur 165 cas traités par la laparotomie il y eut 54 guérisons et 111 morts, 67.2 0/0 de mortalité, sur ces cas 81 plaies du petit intestin, 25 guérisons, 67.5 0/0 de mortalité.

24 plaies de l'estomac, 6 guérisons, 75 0/0 de mortalité.

36 plaies du côlon, 12 guérisons, 66.6 0/0 de mort.

19 plaies du foie, 8 guérisons, 58.7 0/0 de mort.

11 plaies du rein, 1 guérison, 90 0/0 de mort.

50 cas, soigneusement observés, donnent 56 2/3 0/0 de mort par plaies du petit intestin sans autres lésions viscérales, et 70 0/0 lorsque d'autres viscères étaient blessés.

Les plaies de l'estomac, du foie et du côlon se sont montrées aussi graves, isolées, qu'accompagnées d'autres plaies. Dans les 81 cas de

plaies de l'intestin grêle on trouve 439 perforations, ce qui fait une moyenne de 5, 4 pour chaque cas.

La laparotomie fut faite dans 9 cas dans lesquels on ne trouva aucune lésion viscérale. De ces, 9 cas 6 guérirent rapidement, et dans 2 des morts l'opération aurait été faite *in extremis* en pleine péritonite septique.

Le canal alimentaire a été trouvé intact dans 25 cas, 12 guérisons et 13 morts, 52 0/0 de mort.

Sur ce total de 165 cas, dans 9 faits seulement l'opération laisse échapper des perforations.

Dans 48 cas où la cause de la mort est donnée, on trouve 25 péritonites septiques, 19 chocs, 4 hémorragies.

Dans 16 cas de drainage, 6 guérisons et 10 morts.

De ces faits l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'incision exploratrice de la région où la plaie a été faite, est le seul procédé pour savoir si la plaie est ou non pénétrante.

Si elle est pénétrante, la laparotomie médiane aussi rapide que possible après l'accident doit être faite, sauf dans le cas où existe un choc très marqué.

Les signes de péritonite, soit au début, soit déjà déclarée, quoique diminuant les chances de succès, ne sont nullement une contre-indication à une intervention active.

Une bibliographie importante et complète accompagne cet article.

F. VERCHÈRE.

II. — Reclus rapporte cinq observations de plaies pénétrantes de l'abdomen ayant guéri sans intervention. Sur 91 cas d'abstention relevés par l'auteur, la proportion des guérisons atteint 75 pour 100. Il n'y a donc que 25 pour 100 de mortalité au lieu des 78 pour 100 accusés par la statistique de Coley dans les cas d'intervention.

Les statistiques de Stimson donnent 86 pour 100.

Reclus pense donc que l'abstention est en général préférable à l'intervention. Les indications de la laparotomie sont l'hémorragie, l'épanchement de gaz dans le péritoine, la péritonite ; dans les contusions par coup de pied de cheval, la laparotomie doit aussi être faite immédiatement.

C. WALTHER.

III. — Berger rapporte le cas d'un jeune garçon de 18 ans qui, à la suite d'une plaie par balle de revolver, présentait les premiers symptômes d'une péritonite. La laparotomie, faite 10 heures après l'accident, montra une perforation du cæcum et deux autres perforations de l'intestin grêle. Leur suture fut suivie de guérison.

L'auteur rappelle qu'il a ainsi traité cinq autres cas, dont trois se sont terminés par la mort; il en conclut que dans les cas récents de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, lorsqu'il n'y a pas d'accidents, malgré les symptômes certains ou probables de pénétration, il est permis d'attendre, surtout lorsque la balle pourrait avoir intéressé l'estomac ou le gros intestin seulement.

Il en est de même lorsque la blessure est ancienne, qu'elle date de quelques jours et que les accidents qui se sont déclarés affectent une marche subaiguë.

Dans tous les cas où la blessure des viscères abdominaux, et princi-

palement celle de l'intestin grêle, est démontrée par des accidents péritonéaux, on doit agir sans retard. OZENNE.

IV. — Homme de 32 ans, blessé au flanc gauche; la lame souillée d'un couteau de poche a sectionné les trois quarts de la circonférence d'une anse intestinale grêle et un peu de mésentère parallèlement à la direction des vaisseaux. L'intestin sectionné fait hernie à travers la plaie de la paroi abdominale et se trouve partiellement étranglé. Vomissements, mais pas de choc.

Anesthésie par l'éther. Suture de l'intestin au catgut d'après le procédé de Lembert. Elargissement de la plaie abdominale pour faciliter la réduction de l'intestin; puis suture profonde au catgut, superficielle à la soie; drain de verre. Guérison rapide.

L'auteur s'est contenté de laver l'intestin hernié au sublimé, et la cavité abdominale à l'aide de la solution de Thiersch mélangée d'eau bouillie.

L. GALLIARD.

V. — 1° Plaie de l'abdomen par instrument tranchant. Hernie d'une anse intestinale portant quatre perforations. Sutures intestinales. Réduction. Guérison. (Boiffin.)

2° Plaie de l'abdomen par instrument tranchant. Perforation intestinale et mésentérique. Épanchement sanguin abondant dans le péritoine. Double plaie de la trachée. Laparotomie. Suture intestinale. Mort au cinquième jour par rupture des fils de la suture abdominale dans un accès de delirium tremens. (Boiffin.)

3° Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Laparotomie exploratrice. Pas de lésion intestinale. Guérison. (Broca.)

Terrier a relevé de plus 17 cas récents d'interventions pour plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions souvent multiples de l'intestin ; 13 guérisons. C. WALTHER.

VI. — Ce fait a trait à un homme d'une trentaine d'années qui dans une rixe reçoit de nombreuses contusions. Le lendemain on ne constate cependant qu'une petite ecchymose, siégeant à la partie inférieure et antérieure du thorax; vingt-quatre heures plus tard, après un vomissement, il devient pâle et meurt immédiatement. A l'autopsie, ecchymose thoracique, au niveau de laquelle existe une fracture incomplète de la huitième côte.

Quatre litres de sang dans la cavité péritonéale et nombreux caillots dans le petit bassin.

Déchirure du mésentère siégeant à sa partie moyenne et mesurant 3 centimètres.

Une anse vasculaire veineuse importante a été divisée; ses extrémités sont occupées par un caillot, le caillot périphérique seul est très adhérent. Signes de péritonite. Pas de lésions des autres viscères. OZENNE.

VII. — 1° Fillette de 9 ans ; coup d'un pistolet chargé de trois grains de plomb au niveau du cæcum. Opération une heure après l'accident. Laparotomie. La cavité abdominale renfermait quelques matières intestinales et beaucoup de sang coagulé. Les trois perforations côliques furent fermées avec dix points de Lembert. Mort le cinquième jour par péritonite.

2° Garçon de 12 ans, blessé par un revolver à gauche de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire. Opération le lendemain matin. Le cul-de-sac de Douglas contient plus de trois quarts de litre de sang avec quelques caillots provenant de la deuxième veine lombaire gauche. Double perforation de l'iléon en des points opposés (4 sutures); sur l'anse voisine, deux perforations juxtaposées; dans un trou du mésentère de l'anse suivante, un petit fragment de pantalon; balle logée entre les feuillets du mésentère, près du rachis; enfin deux perforations voisines dans une anse d'intestin grêle; on les suture avec des points de Lembert. Pour pouvoir réduire les dernières anses, il fallut les ponctionner; issue de bile par un

point de ponction. Réunion par première intention avec température de 38°,8 au maximum. A trois reprises, phénomènes d'occlusion intestinale (vomissements fécaloïdes). Deux fois, Bernays chloroforme le petit malade et masse son abdomen pour donner issue aux gaz intestinaux. Guérison parfaite.

3° Homme de 38 ans, blessé d'un coup de revolver au-dessus et à gauche de l'ombilic. Laparotomie 4 heures après. Perforation de l'estomac et du duodenum. Apyrexie à partir du septième jour. Le douzième jour on retrouve la balle dans les selles. Guérison.

4° Homme de 25 ans, blessé au ventre par un revolver au-dessus et à gauche de l'ombilic. La balle était venue se loger immédiatement sous la peau dans la région axillaire du septième espace intercostal. Opération trois heures après. Perforation de l'épiploon, de l'artère gastro-épiploïque droite; deux ligatures triples. Perforation de la paroi stomacale. Nombreux débris d'aliments dans la cavité péritonéale. Le projectile avait pénétré dans le foie. Cet orifice hépatique était bouché par un caillot que Bernays respecta; il laissa également, crainte d'hémorragie, une grande quantité de sang coagulé à la face inférieure du foie. Introduction de deux drains. Guérison.

5° Homme de 22 ans, atteint au ventre par une balle de revolver. Opération seize heures après l'accident. Perforation de l'estomac de part en part. Énorme épanchement de sang coagulé s'étendant du promontoire au médiastin. Mort le lendemain soir, au milieu de collapsus et de fièvre.

Autopsie. Outre les lésions signalées, perforation du duodénum au contact de la tête du pancréas; déchirure de la veine émulgente droite et d'une petite artère. Rein droit, veine cave et paquet vasculo-nerveux englobés dans un énorme caillot. Balle logée dans les muscles des lombes. Péritonite généralisée, causée par la perforation duodénale.

J. B.

VIII. — 1° Plaie par coup de couteau du côlon descendant et de l'iléon : épanchement abondant de matière fécale dans le péritoine; suture de trois plaies de l'intestin. Guérison.

2° Plaie du mésentère sans lésions de l'intestin : hémorragie excessive; laparotomie. Guérison.

3° Large plaie du cæcum et épanchement considérable de sang et de matières dans la fosse iliaque droite : suture et guérison.

4° Plaie de la région lombaire gauche : l'état général paraissant excellent, on admet l'intégrité des viscères ; quinze heures après, péritonite septique; laparotomie ; le côlon descendant est largement déchiré et baigné de matières fécales; suture, lavage. Mort de choc et péritonite.

5° Plaie du foie et de l'estomac : épanchement dans le péritoine; suture. Guérison.

6° Un homme de 21 ans reçoit trois coups de couteau ; l'un à un pouce au-dessous du rebord costal et à quatre pouces à gauche de la ligne médiane; trois pouces d'épiploon faisaient hernie par cette plaie; la deuxième plaie était à un pouce au-dessus et deux pouces à droite de l'ombilic; la troisième dans le septième espace intercostal droit, sur la ligne axillaire. L'épiploon hernié est réduit ; on suture le jéjunum, qui présente une large plaie; le foie étant blessé et saignant beaucoup, Dalton résèque quatre pouces de la septième côte, et divise le diaphragme, ce qui le conduit directement sur la plaie hépatique : cette plaie, large d'un pouce, profonde de deux pouces, est débarrassée de ses caillots, puis fermée par un point de suture profonde, l'aiguille passant à un pouce des bords de la blessure; le diaphragme et la plaie cutanée sont suturés; durée de l'opération, une heure et demie; durant les trois premiers jours, fièvre modérée, puis guérison sans péritonite ni pleurésie.

MAUBRAC.

I. — Quelques considérations anatomiques sur l'appendice vermiforme, par John FERGUSON (*Americ. j. of the med. sc., janvier* 1891).

II. — De l'appendiculite chez la femme, par RICHELOT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 625).

III. — Traitement des appendicites, par Paul RECLUS (*Ibidem, XVI, p.* 558).

IV. — Contribution à l'étude des appendicites, par Paul BENOIT (*Thèse de Paris*, 1891).

V. — Du diagnostic et du traitement des appendicites, par E. MARTINEZ (*Thèse de Paris*, 1891).

VI. — Excision de l'appendice vermiforme dans l'intervalle des attaques dans un cas d'appendicite chronique, par J. W. ELLIOT (*Americ. j. of the med. sc., p.* 556, *juin* 1891).

VII. — The indications for early laparotomy in appendicitis, par W. KEEN (*Transact. of the medic. Soc. of the State of New York*, 1891).

VIII. — Appendicitis and perityphlitic abscess, par GERSTER (*N. York med. journ., p.* 6, 5 *juillet* 1890).

IX. — On appendicitis and pericæcal inflammation, par MORTON (*Journal of americ. med. Assoc , p.* 125, 25 *juillet* 1891).

X. — Resultate der Behandlung der Perityphlitis... par VOLLERT (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, *p.* 988, 1891).

I. — Les observations suivantes ont été recueillies en 8 ans sur plus de 200 dissections.

La longueur moyenne de l'appendice varie entre un demi et 4 doigts. Le diamètre moyen répond au n° 9 des cathéters. Dans 3 cas on le trouva de 1/2 doigt. Dans 1 cas seulement il était absent.

Sur les 200 faits observés, 123 fois l'appendice était relié par un méso particulier et placé de telle façon que sa perforation se serait faite directement dans le péritoine; sur ces 123 cas, l'appendice siégeait du côté droit du cæcum 90 fois, il descendait au-dessous de lui 11 fois, se plaçait au devant 18 fois et se trouvait en dedans dans les 75 cas restant.

Le deuxième groupe de 77 cas était remarquable par ce fait que l'appendice était recouvert par le péritoine, de telle façon que son ouverture se serait faite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et aurait produit un phlegmon diffus sous-séreux. La marche du pus eût été descendante et eût suivi celle des abcès du psoas.

En dehors de ces 200 cas examinés, on trouva 7 fois d'anciennes lésions et des perforations. Dans 3 cas la perforation antérieure, remontant à une date plus ou moins éloignée ne pouvait faire de doute.

151 fois sur les 200 on trouva des corps étrangers : 2 fois des entérolithes; une fois un petit calcul; une fois un petit os, une fois un clou et dans les autres, 10 fois des noyaux de cerises des pépins d'oranges, etc.

Dans 7 cas seulement existaient des signes manifestes d'une lésion, 3 présentant tous les caractères d'une appendicite perforante. Ces faits sont d'une grande importance et montrent la possibilité d'une guérison spontanée après une telle lésion de l'appendice. F. VERCHÈRE.

II. — Le diagnostic de l'appendiculite est plus difficile chez la femme

que chez l'homme à cause du voisinage des annexes. Richelot rapporte deux observations qui montrent à quel point l'affection peut simuler une ovaro-salpingite droite. Il faut y songer toutes les fois que les douleurs prédominent à droite même s'il y a quelques signes de lésions des annexes du côté gauche.

L'intervention doit être précoce; plus on se hâte, plus l'opération se rapproche par sa bénignité relative des opérations pratiquées couramment sur les annexes. C. WALTHER.

III. — Reclus rapporte 3 observatoires d'appendicites traitées par la laparotomie. Dans un de ces cas la perforation de l'appendice avait déterminé. une péritonite aiguë généralisée, et le malade, opéré au bout de quatre jours, seulement, mourut 18 heures après l'intervention. Dans les deux autres cas, l'ouverture d'un foyer limité autour ducæcum donna un excellent résultat.

Reclus préconise l'incision oblique parallèle à l'arcade de Fallope, incision recommandée par Roux. Dans les cas où la péritonite est ou semble généralisée d'emblée, cette incision permet d'évacuer peut-être un foyer déjà enkysté, en tout cas de désinfecter soigneusement le foyer primitif; rien n'empêche alors de faire en outre une incision médiane pour laver le reste de la séreuse.

Quand la péritonite est localisée, l'incision oblique semble de rigueur, et elle donne les meilleurs résultats.

Mais dans certains cas exceptionnels, le foyer est très haut sur une ligne allant de l'épine iliaque à l'ombilic; si alors le siège du foyer n'est pas nettement indiqué par une voussure de la paroi, on peut, suivant le conseil de Gerster, faire la laparotomie médiane pour s'assurer du siège exact des adhérences qui limitent le foyer, puis ponctionner et inciser à coup sûr. Dans une autre forme exceptionnelle d'abcès « postérieur », il faut inciser en arrière au-dessus de la crête iliaque. Dans une forme dite « mésocœliaque », le pus était amassé au milieu des anses intestinales sans connexion avec la paroi, on devrait évacuer directement après laparotomie et perforation du péritoine autour du foyer, puis drainer à la gaze iodoformée. C. WALTHER.

IV. — Les symptômes du début dans les diverses affections de l'appendice vermiculaire sont si variables qu'ils ne sauraient suffire dans la plupart des cas à permettre de poser le diagnostic d'appendicite simple ou d'appendicite perforante.

L'intervention est indiquée dans deux cas différents : 1° quand les phénomènes généraux ou locaux, au bout de quelques heures ou de quelques jours (suivant la marche plus ou moins rapide de la maladie), vont en s'aggravant; 2° dans les cas d'appendicite récidivante.

Benoit recommande l'incision oblique au niveau de la tumeur; l'incision médiane ou l'incision sur le bord externe du muscle doivent être réservées à des cas spéciaux. L'incision de l'appendice et la suture du moignon seront faites le plus souvent possible pour éviter les récidives. Le drainage des abcès sera fait à la gaze iodoformée.

L'auteur rapporte 10 observations d'appendicite dont 5 inédites.

C. WALTHER.

V. — L'appendicite, au point de vue clinique, revêt trois formes bien distinctes : appendicite simple; appendicite perforative, avec péritonite généralisée.

Dans l'appendicite simple, l'intervention chirurgicale est autorisée toutes les fois qu'il y a des récidives fréquentes et surtout quand elles se succèdent à bref délai.

Dans la deuxième forme, l'intervention précoce, dès le troisième jour, est nécessaire. L'incision latérale est préférable à toutes les autres, au moins pour la variété ilio-inguinale, de beaucoup la plus fréquente.

Dans l'appendicite perforative, avec péritonite généralisée, l'intervention immédiate, une fois le diagnostic posé, s'impose. L'incison double, sur la ligne médiane et à la région iliaque, est celle qui offre le plus de chances de succès. MAUBRAC.

VI. — Lorsque l'appendice est difficile à trouver, il est bon de suivre la bande longitudinale antérieure du cæcum que l'on a dès l'abord sous les yeux, et qui mène à l'extrémité inférieure du cæcum; on y trouvera sûrement l'appendice, toutes les bandes du cæcum venant converger à l'insertion de l'appendice.

Il est encore prématuré de fixer les indications de l'excision de l'appendice entre les attaques; mais comme les attaques récidivantes ne sont d'ordinaire pas dangereuses, il est possible de donner comme une des raisons d'opérer entre les attaques, les cas où le patient peut être considéré comme un infirme. Le degré d'infirmité qui devra décider à intervenir ne peut être fixe; chez un individu misérable qui ne peut supporter la durée prolongée d'une affection chronique, les indications seront plus pressantes. Chaque cas doit être à cet égard soigneusement étudié, et les indications peuvent, on le comprend, varier suivant les circonstances.

Le meilleur argument que l'on ait donné contre l'excision de l'appendice, est l'adhérence intime et fréquente de l'appendice avec les parties voisines; adhérences qui peuvent rendre très dangereuse ou impossible son excision. Suivant l'auteur ces difficultés opératoires peuvent être facilement vaincues et ne dépassent pas celles que l'on a coutume de rencontrer dans les cas anciens de salpingite. F. VERCHÈRE.

VII. — Keen distingue cinq formes d'appendicite. *a*) la forme bénigne qui ne s'ulcère ni ne suppure. *b*) les formes ulcéreuses aboutissant raidement à la perforation. *c*) les formes ulcéreuses à évolution lente, donnant lieu à un abcès circonscrit. *d*) les formes chroniques avec abcès froids et induration du tissu cellulaire pérityphlique. Enfin *e*) les formes à répétition. Les cas de la première variété n'exigent aucune intervention chirurgicale; la laparotomie s'impose d'urgence, au contraire, dans ceux de la seconde. Ceux de la troisième sont les plus délicats comme indications opératoires : Keen pense que l'on doit faire une incision exploratrice quand il y a douleur et sensibilité à la pression, même sans tumeur évidente, et surtout quand il existe un peu d'œdème de la paroi abdominale, signe qui vaut mieux que les données fournies par le thermomètre. En pareil cas il y a presque toujours de l'appendicite ulcéreuse; il faut aller à la recherche de l'appendice, le lier et le réséquer. H. R.

VIII. — L'appendicite légère, probablement catarrhale, ne nécessite qu'un traitement médical. Les formes graves et persistantes rendent nécessaire l'excision de l'appendice, surtout quand il y a de fréquentes rechutes.

Les abcès pérityphliques qui ne sont pas limités par des adhérences et restent libres entre les anses intestinales (mesocœliaques) indiquent la laparotomie, il faut prendre des précautions pour éviter l'infection du péritoine sain. L'auteur les divise, au point de vue de leur situation, en iléo-inguinaux, pariétaux antérieurs, pariétaux postérieurs, rectaux et mésocœliaques. L. GALLIARD.

IX. — Morton étudie l'anatomie pathologique du cœcum, et les difficultés du diagnostic des altérations de l'appendice ou du cœcum : il cite plusieurs observations dont voici le sommaire :

1° Appendicite, chez une femme de 46 ans : incision latérale au huitième jour : on trouve la vessie considérablement allongée et distendue, au devant de l'appendice. L'appendice, épaissi, libre d'adhérences, est réséqué et le moignon est invaginé dans la cavité cæcale. Guérison sans drainage.

2° Un homme de 42 ans était atteint de constipation opiniâtre que l'on n'avait pu vaincre depuis 4 jours : il n'existait pas d'autre symptôme, excepté quelques nausées : aucun signe de péritonite : jamais le patient n'avait souffert de la région iliaque droite. Le cinquième jour, le patient était prostré, sans force, il existait de l'hypothermie, mais sans trace de péritonite. Incision exploratrice de deux pouces sur la ligne médiane : le doigt plongé dans la fosse iliaque droite découvre un abcès, et le pus s'écoule par la plaie abdominale. L'appendice, énorme, gangréneux par places, est réséqué. La cavité de l'abcès était formée par la face inférieure du cæcum, le côlon ascendant, la fosse iliaque, le mésentère et le petit intestin. On dut, pour atteindre l'abcès et l'appendice, rompre des adhérences très résistantes qui donnèrent du sang en abondance. Une légère amélioration suivit l'opération, mais la mort survint deux jours après.

3° Chez un homme âgé de 33 ans, et qui avait eu problablement une appendicite perforée, six mois auparavant, existait une tumeur s'étendant de l'ombilic à la vessie, située dans la fosse iliaque droite. On supposa cette tumeur de nature maligne, et une incision exploratrice montra les intestins et le grand épiploon soudés ensemble, par ce que l'on pensa être un carcinome : l'abdomen fut refermé, et trois jours après les urines devinrent purulentes : la purulence des urines persistait encore abondante au bout de 5 mois, lorsque des gaz commencèrent à s'échapper par l'urètre. Pendant ce temps la tumeur avait diminué de volume, et était à peine perceptible. La fistule vésicale se ferma spontanément, et le malade peut être considéré comme guéri, car il a engraissé, et les douleurs ont disparu.

4° Un homme de 30 ans qui eut un abcès péricæcal : la laparotomie permit de vider un abcès fétide, mais on ne put découvrir l'appendice en raison des adhérences : la guérison survint, mais avec une fistule fécale. Cinq mois plus tard, l'abdomen est ouvert à nouveau dans le but de fermer la fistule, le cæcum fut aisément abordé, et la fistule qui siégeait au point d'implantation de l'appendice, fut suturée. La guérison fut rapide et complète.

5° Abcès péricæcal : opération refusée : péritonite généralisée : mort.

6° Femme de 32 ans ayant déjà eu plusieurs attaques d'appendicite. Le 21 janvier elle est prise, pour la quatrième fois, de douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements persistants : en même temps, constipation opiniâtre que l'on ne put vaincre. Le 22, incision abdominale. Du pus s'échappe de la cavité péritonéale, et l'appendice très adhérent, gangréneux, se crève durant les manœuvres : après ligature, il est réséqué. Les signes de péritonite cessèrent aussitôt, mais on ne put évacuer l'intestin, les vomissements persistèrent, et la mort survint dans la soirée du 24 janvier.

MAUBRAC.

X. — De décembre 1882 à août 1890, le nombre des cas de périty-

phlite traités dans le service de Nothnagel, à Vienne, s'est élevé à 65 (55 hommes et 10 femmes). 26 malades avaient de 11 à 20 ans, 19 avaient de 21 à 30 ans; 17 de 31 à 60; deux fois l'âge est inconnu.

Sur ces 65 cas, on compte 34 guérisons, 25 améliorations, 3 morts; deux malades sont partis non guéris; enfin le sort d'un malade n'est pas connu.

Un malade a eu de la péritonite diffuse compliquée de pyémie; il a guéri au bout de 5 mois.

Des 3 morts, la première fut causée par la perforation de l'appendice chez un sujet atteint d'étranglement de l'iléon; dans le second cas, la pérityphlite purulente compliquait un cancer médullaire du cæcum; le troisième fait est celui d'un garçon de 16 ans dont l'appendice fut perforé par des calculs stercoraux et qui eut, secondairement à la péritonite, un pyopneumothorax du côté droit.

Le traitement a consisté en application de sangsues, glace, morphine à l'intérieur, etc.

L'auteur ne conseille pas d'opérer les cas récents à moins que l'existence de l'abcès ne soit incontestable. On voit parfois en effet les phénomènes les plus aigus céder rapidement. L. GALLIARD.

I. — **Effect of laparotomy on peritoneal tuberculosis, par SYMS** (*N. York med. journ.*, *p.* 141, 7 *février* 1891).

II. — **Laparotomie pour tuberculose de l'abdomen, par BRAUN** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 14, *p.* 356, 6 *avril* 1891).

III. — **Case of tuberculous peritonitis treated and cured by tapping, par J. FENWICK et Buckley POGSON** (*Brit. med. j.*, *p.* 750, 3 *octobre* 1891).

I. — Homme de 35 ans, sans antécédents intéressants au point de vue de la tuberculose, mais syphilisé à 33 ans, présente une tumeur au niveau de l'hypocondre droit. Fièvre, mauvais état général. On songe à une cholécystite ou à un kyste hydatique suppuré, ou encore à une péritonite enkystée.

Laparotomie exploratrice le 22 novembre 1889. Incision de six pouces sur le bord externe du muscle grand droit. On trouve une masse constituée par des anses intestinales, des replis péritonéaux et des ganglions tuberculeux, adhérente à la face inférieure du foie. On enlève un des ganglions mésentériques pour l'examiner (caséification tuberculeuse), puis on referme l'abdomen. Guérison de la plaie par première intention.

Dès le lendemain, amélioration. La fièvre dure encore quelque temps, puis elle disparaît. Au bout de 3 mois, l'opéré semble guéri; la tumeur a considérablement diminué. Au mois d'août, il retourne à son travail.

En novembre 1890, la tumeur reparaît. Tympanisme et ascite. Infiltration du lobe supérieur du poumon droit. L. GALLIARD.

II. — Chez l'enfant opéré par Braun, à la suite de la laparotomie, l'ascite ne s'est pas reformée, les tumeurs intraabdominales ont disparu et la cicatrice opératoire présente au niveau d'un des points de suture des granulations tuberculeuses.

Braun cite 2 autres cas qu'il a opérés avec succès : l'un, il y a 2 ans 1/2, et l'autre il y a un an. J. B.

III. — Enfant de 9 ans, amaigri, atteint de péritonite tuberculeuse avec ascite considérable, sans autre détermination tuberculeuse viscérale. Accroissement progressif de l'ascite, état presque désespéré. Première ponction qui donne issue à plus de 5 litres de liquide trouble, lequel se reproduit immédiatement : trois jours après, nouvelle ponction, qui est répétée quatre fois

en un mois : concurremment, calomel et digitale : sous cette influence, les urines deviennent abondantes et l'ascite se résorbe. Amélioration rapide de la santé générale. L'enfant quitte l'hôpital guéri en apparence, deux mois et demi après la première ponction.

H. R.

I. — **Réflexions à propos de trois kystes séreux du mésentère traités par la laparotomie, par TERRILLON** (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 375).

II. — **Étude sur les kystes du mésentère, par ARÉKION** (*Thèse de Paris, n°* 318, 1891).

III. — **Des kystes du mésentère, par Emile DELMEZ** (*Thèse de Paris, n°* 219, 1891).

IV. — **Multiple multilocular cysts of the mesentery, par W. ROBINSON** (*Brit. med. j., p.* 219, 31 *janvier* 1891).

V. — **A case of successful removal... (Ablation d'un lipome rétro-péritonéal), par John HOMANS** (*Americ. j. of the med. sc., avril* 1891).

VI. — **Lipome du mésentère ; ablation ; guérison, par LAUWERS** (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, n°* 4, *p.* 311, 1891).

VII. — **Ein Fall von Echinococcus im Mesenterium des Dickdarms (Kyste hydatique du mésocolon), par O. SCHMIDT** (*Deutsche med. Woch., n°* 8, *p.* 291, 1891).

VIII. — **On the treatment of hydatid disease by incision... (Traitement des kystes hydatiques par incision sans drainage), par J. BOND** (*Brit. med. j., p.* 795, 11 *avril* 1891).

I. — Les variétés les plus communes des kystes du mésentère sont des kystes sanguins, des kystes chyleux, des kystes hydatiques et des kystes séreux. Terrillon rapporte trois observations de ces derniers kystes, opérés par la laparotomie et guéris.

Ces kystes séreux présentent plusieurs caractères cliniques assez spéciaux pour permettre, dans certains cas, un diagnostic précis. Ces caractères sont les suivants : Situation sur la partie médiane ou latérale de l'abdomen, sans connexion avec le foie, le rein ou l'ovaire; présence d'une anse intestinale au devant ou sur les côtés du kyste; mobilité surtout dans le sens transversal; fluctuation toujours assez nette, même quand la poche est très tendue.

Le volume est très variable ; mais quand ils sont nettement apparents au dehors ils contiennent de trois à six litres de liquide.

La paroi est fibreuse, peu vasculaire. Elle n'est point tapissée par un épithélium, caractère déjà signalé par Hahn.

Le contenu est un liquide séreux, légèrement coloré, et présente souvent une couleur spéciale qu'on a comparée à celle d'une décoction de craie.

La paroi est généralement unie aux feuillets du mésentère et à l'intestin par des liens celluleux souvent très vasculaire. Aussi la séparation est-elle laborieuse; il ne faut pas faire toujours de parti pris l'ablation totale ; on doit s'arrêter quand la décortication devient trop difficile.

La ponction peut être dangereuse car elle expose à blesser une anse intestinale placée au devant de la tumeur ; de plus elle est d'ordinaire

inefficace: le liquide se reproduit rapidement dans la poche vidée. Il faut donc avoir recours à la laparotomie. C. WALTHER.

II. — Les kystes du mésentère sont très fréquents chez la femme, à l'âge moyen de la vie. La plupart des kystes séreux et huileux doivent rentrer parmi les kystes chyleux.

Il existe deux formes bien nettes au point de vue clinique, quelle que soit la nature du kyste. L'une à début brusque simulant l'occlusion intestinale, l'autre lente et classique.

Dans les cas douteux, pour faire le diagnostic on pourra avoir recours, comme on l'a fait en Allemagne, à la distension par le gaz, de l'estomac ou de l'intestin. On devra éviter la ponction, car elle est dangereuse quoique dans certain cas (cas de Cimboli) elle ait permis de faire le diagnostic.

L'auteur examine deux traitements principaux : l'extirpation et la marsupialisation, plus longue, mais aussi plus sûre, évitant surtout le choc, sphacèle de l'intestin et la diarrhée incoercible. Les indications opératoires sont l'augmentation du volume de la tumeur, entraînant de la gêne, de la douleur et souvent même une poussée aiguë simulant de l'occlusion intestinale.

L'état cachectique n'est pas une contreindication. F. VERCHÈRE.

III. — De connaissance toute récente, les kystes du mésentère peuvent être divisés : 1° en k. congénitaux, k. dermoïdes, k. diverticulaires de l'intestin; 2° en k. acquis (k. parasitaires, k. développés aux dépens d'une cavité séreuse, d'un ganglion, k. hématiques résultant d'un traumatisme, d'une tumeur préexistante, d'une transformation d'un kyste séreux).

Le contenu de ces kystes peut être sébacé, séreux, chyleux, contenir des hydatides, du sang. La poche est d'ordinaire unie ou multiloculaire, les parois sont fibreuses et ne présentent pas d'épithélium. Ces tumeurs s'accompagnent de gêne, d'une tension constante, de coliques violentes avec summum de la douleur au niveau de l'ombilic. Elles sont mobiles, fluctuantes, etc. Leur marche est lente et progressive, cependant les kystes sanguins et parfois les kystes séreux peuvent avoir une marche rapide. Le diagnostic avec le kyste de l'ovaire est dans nombre de cas impossible; siège médian, mobilité extrême, enfin matité entremêlée de zones sonores dues à l'interposition des masses intestinales (signe de Tillaux) sont les signes qui permettent de songer au kyste du mésentère.

Dans les petits kystes seulement sans adhérence on peut faire l'énucléation, mais le plus grand nombre des cas où le kyste est gros, où il y a des adhérences, on est obligé de se contenter de l'incision avec drainage. F. VERCHÈRE.

IV. — Fillette de 24 mois, présentant un développement anormal de l'abdomen datant de trois mois. Léger rachitisme antérieur. Le ventre mesure 20 pouces de circonférence : il est surtout saillant du côté gauche, et on sent une tumeur occupant depuis l'hypocondre gauche jusqu'au bassin, mobile, de consistance élastique, mate, vaguement fluctuante. Ponction exploratrice donnant lieu à du liquide gélatineux, riche en paralbumine.

Le jour suivant, laparotomie, qui met à découvert un kyste adhérant lâchement aux intestins, sans adhérences pelviennes : ponction du kyste et extraction du sac qui siégeait dans le mésocôlon descendant et transverse.

Mort 24 heures après. La dissection montra que la tumeur provenait de la partie supérieure du mésentère. H. R.

V. — Femme de 55 ans, ayant eu cinq enfants. L'abdomen est uniformément distendu et présente le volume d'une grossesse de cinq mois. On y trouvait une tumeur arrondie, mobile, non fluctuante et dépassant l'ombilic. L'abdomen était sonore, sauf au niveau de l'ombilic dans l'étendue de la paume de la main. L'utérus était repoussé et ne pouvait être séparé de la tumeur. Albumine dans l'ovaire ; on y trouvait des corps granuleux et des cellules de l'épithélium rénal. Le diagnostic ne put être posé complètement; il était seulement possible de dire qu'on n'avait affaire ni à un kyste de l'ovaire, ni à un fibrome de l'utérus.

En mars 1889 on fit la laparotomie. On trouva la tumeur recouverte par deux replis du péritoine et encapsulée. Après avoir divisé ces deux replis, la tumeur put assez facilement s'énucléer de sa capsule et s'enlever par fragments. Elle paraissait formée de graisse. Quelques lobules de la tumeur, isolés, semblaient se diriger vers le petit bassin et présentaient des adhérences très difficiles à détacher. La masse enlevée pesait à peu près 5 livres et était entièrement formée de graisse. Guérison. F. VERCHÈRE.

VI. — Il s'agit d'un enfant qui, 15 jours après sa naissance, présentait déjà dans l'hypochondre droit une tumeur du volume du poing qui semblait faire corps avec le foie. A l'âge de 7 ans, cette tumeur, molle, matte, comme fluctuante, remplissait les 4/5 de l'abdomen, gênant la circulation et refoulant les viscères, y compris le cœur, dont la pointe battait dans le troisième espace intercostal gauche. Les ponctions avaient donné un résultat négatif.

Une incision exploratrice montra qu'il s'agissait d'un lipome rétro-péritonéal. Il fut enlevé, et son pédicule, situé en haut et à droite, résistant et fibreux, fut lié. La masse pesait 6 kilogrammes, soit le tiers du poids de l'enfant (20 kilog.).

Le péritoine, qui recouvrait la tumeur, fut suturé aux lèvres de l'incision abdominale de manière à clore la cavité péritonéale et à laisser ouverte la poche résultant de l'énucléation du lipome ; cette dernière fut bourrée de gaze iodoformée. Elle ne tarda pas à se fermer par accolement de ses parois, et la guérison était complète au bout d'un mois. LEFLAIVE.

VII. — Femme de 23 ans, récemment accouchée, ayant des coliques et du ténesme vésical. On trouve l'utérus reporté contre la symphyse; en arrière une tumeur élastique, grosse comme deux poings, à laquelle adhère une masse ovalaire de la dimension d'un œuf d'oie. On diagnostique un kyste de l'ovaire gauche, intraligamenteux, peut-être suppuré.

Laparotomie. La tumeur a son point de départ non dans le ligament large, mais derrière le côlon descendant dans le tissu cellulaire, en dehors du péritoine. Elle a envahi le mésocôlon transverse (tiers gauche) et la partie supérieure du mésocôlon de l'S iliaque. L'uretère gauche passe en avant d'elle.

Après décortication et extirpation on s'aperçoit que cette tumeur est un kyste hydatique suppuré, à parois très épaisses et contenant peu de vésicules filles.

Tamponnement de la cavité à l'aide de la gaze iodoformée. Six semaines après l'opération le chirurgien restaure l'uretère, qui a été sectionné. Guérison complète. L. GALLIARD.

VIII. — Bond rapporte l'histoire d'un jeune homme porteur d'une tumeur kystique rétro-vésicale qui remontait jusqu'à l'ombilic. La laparotomie fut pratiquée, et l'on tomba sur une poche remplie de pus et de vésicules hydatides multiples, qui fut lavée et drainée. Un autre kyste du petit bassin à l'état de croissance fut simplement ouvert et ses débris laissés à demeure. Le malade guérit.

Quelques mois après, réapparition d'une tumeur épigastrique que l'on

regarde comme de nature hydatique. Nouvelle laparotomie impliquant la région ombilicale : on découvre trois kystes volumineux, l'un dans l'épiploon, l'autre dans le mésocôlon gauche, et le troisième au devant du rein. Les deux premiers sont ponctionnés, incisés, et leur paroi extraite par lambeaux. Le troisième est simplement ponctionné, sans extraction complète. Guérison un peu longue, traversée par une fistule suppurée.

L'auteur conclut que dans les kystes abdominaux, lorsqu'on éprouve de la difficulté à enlever les parois kystiques, il y a intérêt à inciser les kystes et à les bien vider de leur contenu, sans s'occuper de leur enveloppe. Il propose la même méthode pour les kystes du foie, à la condition qu'ils ne soient pas suppurés. H. R.

I. — **Prolapsus total du rectum traité et guéri par le procédé de Verneuil modifié (recto-coccypexie), par Gérard MARCHANT** (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 828).

II. — **Traitement du prolapsus du rectum, par LEFÈVRE** (*Thèse de Paris*, 1891).

III. — **Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation, par QUÉNU** (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XVII, p.* 140).

I. — La modification apportée par Marchant au procédé de Verneuil consiste : 1° dans une rectorrhaphie externe tranversale; 2° dans la fixation de la face supérieure du rectum à la face antérieure du coccyx. La fixation recto-cutanée est faite ensuite comme dans le procédé de Verneuil, ainsi que la résection du lambeau cutané postérieur et les sutures.

Cette recto-coccypexie a donné à Marchant un bon résultat.

C. WALTHER.

II. — Dans le cas où le prolapsus est léger et dépend de l'insuffisance du plancher ano-périnéal, on emploiera les procédés ano-rectaux de Robert, de Duret, de Schwartz. Ces opérations ne doivent pas être employées contre un prolapsus volumineux.

Si le prolapsus est peu volumineux et facilement réductible, on emploiera la rectopexie de Verneuil ou la rectococcypexie de G. Marchant.

Mais si le prolapsus est volumineux, réductible, manifestement dû à un affaiblissement de tous les liens suspenseurs pelviens, prolapsus accompagné de prolapsus utérin, de cystocèle, etc., alors il faut avoir recours à la colopexotomie de Jeannel.

Si le prolapsus est étranglé, sphacélé, ou atteint de dégénérescence néoplasique, une seule méthode s'impose : l'excision. C'est encore cette méthode qu'il faudra employer contre ces prolapsus anciens accompagnés d'infiltration et d'épaississement des tuniques avec adhérence des cylindres. Si, en ce cas, on tentait la réduction, on s'exposerait à la déchirure du rectum. MAUBRAC.

III. — Quénu rapporte une observation de rétrécissement spécifique du rectum guéri par l'extirpation.

Cette méthode donne des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtient par la rectotomie.

Donc, après avoir essayé sans succès le traitement spécifique, on a tout avantage à traiter le rétrécissement comme une tumeur.

S'il siège très bas, il faut extirper tous es tissus malades et suturer

les tuniques rectales à la peau saine. S'il remonte assez haut, on pourra suivre la voie sacrée et même faire la résection par la méthode de Kraske si le sphincter est intact. C. WALTHER.

Obstruction intestinale par diverticule adhérant à la paroi de l'abdomen, par LYONNET et EYBERT (*Province méd.*, 1891).

Homme de 22 ans, entré à l'hopital avec des signes d'obstruction intestinale qui amènent la mort le cinquième jour. A l'autopsie, on trouve, à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale un diverticulum en doigt de gant de 6 à 7 centimètres de long, adhérent par son extrémité en cul-de-sac à la paroi ombilicale. C'était la cause de la strangulation; l'intestin était perforé sur plusieurs points. A. C.

De l'entéro-anastomose ou opération de Maisonneuve, par CHAPUT (*Archives de médecine, mai et juin* 1891).

L'entéro-anastomose par le procédé de la suture est une opération rapide, mais difficile et dangereuse.

L'entéro-anastomose par le procédé de la pince est facile et très bénigne, mais elle est longue. Elle expose à l'oblitération de l'orifice lorsque l'intestin est épais et surchargé de graisse.

L'entéro-anastomose est contre-indiquée dans l'occlusion aiguë ou très accentuée (du moins l'anastomose en un temps), dans les hernies étranglées avec anse suspecte. Elle est exceptionnellement indiquée dans les plaies de l'intestin. Elle peut être employée avantageusement pour certains rétrécissements de l'intestin. Elle constitue l'opération de choix pour le cancer de l'intestin et dans les anus contre nature ombilicaux, compliqués de rétrécissements des deux bouts.

La mortalité est de 25 0/0 environ. RICHARDIÈRE.

Un caso di cancro del digiuno con considerazioni diagnostiche, par C. PULLÉ (*La Riforma medica, 2 avril* 1891).

Homme de 25 ans, atteint, 3 mois auparavant, de diarrhée qui avait bientôt cessé et de douleurs abdominales occupant principalement l'hypocondre gauche; pas de teinte cachectique de la peau; tumeur lisse, ovale, allongée transversalement, occupant l'épigastre, à gauche de la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du rebord costal; une deuxième tumeur plus petite à gauche de l'ombilic; une troisième plus étendue, dans la région colique gauche; pendant les mois suivants, développement d'un épanchement abdominal et d'un épanchement dans la plèvre gauche, pas d'amaigrissement, mais le malade pâlit beaucoup. Mort cinq mois après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve dans les plèvres un liquide blanchâtre et trouble; même liquide dans le péritoine; une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, adhérente au grand épiploon et au côlon descendant est développée sur le jejunum à 14 centimètres de son origine. Cette tumeur présente la structure du carcinome médullaire; deux autres tumeurs occupant les parois de l'intestin, l'une à 15 centimètres de la première, l'autre 30 centimètres plus loin.

L'auteur insiste sur l'absence de troubles de la défécation dans le cancer de l'intestin grèle, ce qui le distingue du cancer du gros intestin; l'absence de mobilité et le siège en des points correspondants aux sièges de prédilection du cancer du gros intestin n'ont, au contraire, pas une valeur absolue pour ce diagnostic différentiel. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber Magenerweiterung nach Duodenalstenose (**Diagnostic de la dilatation de l'estomac consécutive à un rétrécissement du duodénum, par Heinrich HOCHHAUS** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 409, 27 *avril* 1891).

II. — Operativer Beitrag zum Aufsatz des Herrn Dr Hochhaus....., par Hans KEHR (*Ibidem*, *n°* 22, *p.* 551, 1er *juin* 1891).

I. — D'après trois observations qu'il relate avec détails, Hochhaus conclut que les principaux signes diagnostiques de la gastrectasie consécutive à un rétrécissement du duodénum sont :

1° La bile en abondance dans l'estomac;

2° De singulières alternatives dans la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique et dans le pouvoir digestif des sécrétions de l'estomac;

3° Les vomissements profus malgré de soigneux lavages de l'estomac;

4° L'existence, dans les commémoratifs, d'une affection des voies biliaires.

La première observation d'Hochhaus montre que quand le rétrécissement siège à la portion tout à fait initiale du duodénum, il n'est pas possible de le diagnostiquer d'avec un rétrécissement du pylore.

II. — Dans les faits d'Hochhaus, l'existence du rétrécissement duodénal a été confirmée par l'autopsie; dans celui de Kehr, par l'opération. Mais le diagnostic ne put être fait parce que le rétrécissement occupait le début du duodénum.

Fille de 29 ans, vomissant depuis six mois tous ses aliments; jamais d'ictère ni de coliques. Dilatation considérable de l'estomac. Au côté droit du mésogastre, au niveau du bord externe du grand droit, tumeur de la grosseur du poing, dure, peu mobile, non influencée par la respiration et paraissant dépendre du pylore, parce qu'après insufflation de l'estomac, la grande et la petite courbure se continuaient directement avec la tumeur.

Diagnostic : cancer pylorique. Laparotomie sur la ligne médiane. La tumeur était formée par la vésicule biliaire, pleine de calculs et soudée à la portion initiale du duodénum; hypertrophie considérable du pylore. Cholécystotomie idéale. Ouverture du duodénum infléchi et rétréci; pylore donnant à peine passage à un hystéromètre. Dilatation manuelle des portions rétrécies. Suture du duodénum. L'opération avait duré une heure et demie. Guérison complètement apyrétique. Les vomissements n'ont pas reparu et en un an l'opérée a augmenté de 40 livres. J. B.

Beitrag zur Statistik der Rectum Carcinome (**Contribution à l'étude du cancer du rectum**), **par C. ARNDT** (*Deut. Zeitsch. f. Chir.*, *XXXII*, 1 *et* 2, *p.* 1-92, 1891).

L'auteur, assistant de Kocher, de Berne, après avoir rappelé les divers procédés opératoires connus pour le traitement du cancer du rectum et avoir insisté surtout sur les méthodes allemandes, rapporte 35 opérations exécutées par son maître, de 1873 à nos jours. Jusqu'en 1880, époque où les précautions antiseptiques étaient encore fort rudimentaires, il y a 10 cas avec 2 morts seulement. Sur les 35 malades, considérés en bloc, la mortalité opératoire a été de 28,57 0/0 (10 décès sur 35 interventions); les résultats éloignés sont fort consolants, quelques-uns très remarquables. 25 fois Kocher a eu recours au procédé qui lui est habituel (incision postérieure, etc.); 10 fois il a employé des méthodes diverses.

Après avoir étudié les causes de mort pour chaque fait particulier,

Arndt aborde la question de l'antisepsie préalable du rectum, nécessaire à obtenir aussi complète que possible avant de prendre le bistouri et mentionne les efforts de Terrier à ce point de vue. Il regrette seulement que des examens bactériologiques n'aient pas été faits pour montrer qu'on avait réussi à rendre les selles réellement stériles. La fin de cet important travail est consacrée à la description du manuel opératoire de Kocher et à sa comparaison avec les procédés des autres chirurgiens. MARCEL BAUDOUIN.

Ueber das Wesen und die Erfolge der modernen Wandbehandlungsmethoden, gewesen an den Ergebnissen der Laparotomie (Le traitement moderne des plaies d'après les résultats des laparotomies); par E. KUESTER (*Samml. klin. Vortr.*, n° 27, 1891).

Dans ses opérations sur le péritoine, l'auteur s'est inspiré du traitement moderne : antisepsie réduite au minimum pour laisser une large place à l'*asepsie*. Dans le cas particulier, il avait encore pris la précaution de ne pas laisser de liquide dans le péritoine et de n'opérer qu'en soulevant fortement le bassin des malades. Sur 60 laparotomies faites dans ces conditions (ovariotomies, salpingites, kystes hydatiques, résections intestinales, plaies d'intestin par armes à feu), l'auteur n'a eu que 14 morts dont 8 ne peuvent être mises sur le compte de l'opération (inanition dans les gastrostomies et gastro-entérostomies) ; sur 4 malades qui ont succombé à la septicémie, deux ont présenté en même temps des phénomènes d'intoxication par le sublimé. M. B.

I. — Ueber Pancreascysten, par KAREWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 *novembre* 1890).

II. — Zur Diagnose und Operation der Pancreacysten, par O. RIEGNER (*Ibidem*, 20 *octobre* 1890).

III. — Kyste du pancréas, par HARTMANN (5e *Congrès franç. chir. Bulletin méd.,* 15 *avril* 1891).

IV. — A case of pancreatic cyst successfully treated by laparotomy and drainage, par G. Newton PITT et A. JACOBSON (*Brit. med. j., p.* 1284, 13 *juin* 1891).

I. — 1° Homme ayant fait une chute sur le rebord des fausses côtes gauches : vomissements, coliques et amaigrissement. Dans l'hypocondre gauche, saillie globuleuse, fluctuation indistincte. Urines normales ainsi que les selles. Ponction exploratrice n'éclairant nullement le diagnostic de kyste pancréatique que Karewski avait fait. Laparotomie. Le kyste est évacué avec l'aspirateur. Trois jours plus tard, la fistule fournissait du liquide pancréatique pur. Guérison complète au bout de six semaines. L'analyse du contenu du kyste donna un liquide ayant un pouvoir saccharifiant énergique, et un pouvoir peptique peu marqué, tandis que le liquide formé par la fistule avait des qualités inverses.

2° Homme de 58 ans ; chute sur le côté gauche du corps, suivie de vomissements qui n'empêchent pas le travail durant quatre semaines. Puis surviennent des coliques. Pas de tumeur appréciable. Au-dessous de l'estomac, matité jusqu'à l'arc costal, distincte des matités hépatique et splénique. Karewski diagnostique un kyste du pancréas. Incision longitudinale dans la ligne mamelonnaire. L'estomac, le côlon et des anses grêles se présentent

dans la plaie. Ouverture du kyste au niveau de l'épiploon gastro-splénique : évacuation d'un liquide composé presque uniquement de sang. Guérison apyrétique. Quatorze jours après l'opération, commence par la fistule une énorme sécrétion de liquide pancréatique (500 grammes par jour) qui digère la cicatrice ; cependant le malade mange et ne maigrit pas. Le contenu du kyste n'avait aucun pouvoir peptique et une faible action saccharifiante ; le liquide de la fistule avait des qualités énergiques, à la fois trypsiques, diastasiques et émulsionnantes.

Sur les 21 cas de kystes pancréatiques publiés antérieurement, 10 avaient été diagnostiqués avec plus ou moins de certitude avant d'être opérés. L'ablation radicale a été pratiquée cinq fois, dont trois avec issue fatale. J. B.

II. — Fille de 23 ans, tombée d'une grande hauteur, il y a trois ans : immédiatement, vives douleurs abdominales qui depuis lors sont revenues sous forme de paroxysmes ayant leur point de départ à l'épigastre. Le 10 avril dernier, elle est brusquement reprise d'un de ces accès douloureux avec irradiations dans le dos, l'épaule gauche et la moitié correspondante de la face ; en même temps, vomissements muqueux répétés, collapsus, refroidissement des extrémités, sueurs froides, pouls filiforme incomptable ; 35 degrés. Urine rare, foncée, sans matière colorante biliaire, mais avec traces d'indican et nombreux cristaux d'acide urique. Les jours suivants les vomissements diminuent, mais il y a des éructations et des nausées fréquentes, et toujours des douleurs épigastriques ; léger ictère ; la température s'élève jusqu'à 38,6. La femme reste alitée quatre semaines. Au milieu de mai, tumeur fluctuante à l'épigastre qui ne cesse de croître.

Une ponction exploratrice fournit un liquide rouge brun, alcalin, émulsionne les gencives et a une action diastasique. Diagnostic : kyste du pancréas. Opération le 17. Incision médiane des téguments abdominaux ; ouverture du petit épiploon : ponction aspiratrice du kyste qui donne issue à 1,500 grammes de liquide sanguinolent ; suture du kyste au péritoine pariétal à l'aide de catgut, puis large ouverture de la tumeur, dont on fixe les lèvres à celles de la plaie cutanée, à l'aide de soie.

Guérison complètement apyrétique. J. B.

III. — Femme, atteinte de troubles dyspeptiques variés et d'une tumeur abdominale volumineuse, qui laissait percevoir à l'exploration un ballottement comparable à celui des tumeurs du rein. La laparotomie fit découvrir un kyste contenant deux litres de liquide séreux, et fortement adhérent aux parties voisines. Pas d'ablation. Mort de cachexie quelque temps après. A l'autopsie, on reconnut que le kyste s'était développé dans un épithélioma du pancréas, et qu'il existait une tumeur secondaire du foie. OZENNE.

IV. — Homme de 21 ans ; en 1886, contusion de l'abdomen ; depuis lors, crises douloureuses. Il arrive à l'hôpital en mai 1889, avec de la jaunisse, des vomissements et des douleurs abdominales. On constate une tumeur épigastrique avec matité et sensation de rénitence fluctuante. Ponction aspiratrice qui donne issue à un liquide verdâtre, alcalin, opaque, contenant de l'albumine. Un mieux se produit et l'ictère diminue, mais tous les symptômes se reproduisent graduellement et, un mois après, la tumeur apparaît sensiblement plus volumineuse. Nouvelle ponction en août ; cette fois, on retire 8 onces du même liquide qui ne renfermait ni sucre ni bile, mais une forte proportion d'albumine et des cristaux de tyrosine. On diagnostique un kyste pancréatique. La laparotomie est pratiquée, le kyste mis à nu, l'épiploon préalablement suturé à la paroi abdominale, puis le kyste ouvert. Guérison.

Pearce Gould rapporte deux faits de kyste pancréatique qui lui sont personnels. H. R.

I. — Des kystes du pancréas, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, et *broch. Paris*, 1891).

II. — Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas, par ROUX (*Thèse de Paris*, 1891).

I. — En se plaçant au point de vue de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, on doit diviser les kystes idiopathiques du pancréas en kystes purulents, kystes hydatiques, kystes hémorragiques et kystes proprement dits.

Passant rapidement sur les deux premières variétés, dont on ne possède que quelques observations, Bœckel aborde l'étiologie des hématomes à l'occasion desquels il montre l'influence des traumatismes sur leur production et discute les mécanismes qui ont été invoqués par les différents auteurs. Relativement aux kystes proprement dits, il est généralement admis que ce sont des kystes par rétention, l'obstruction reconnaissant des causes diverses; il en résulte alors plusieurs variéét s, suivant qu'elle porte sur un ou plusieurs culs-de-sac glandulaires ou sur le canal de Wirsung. Variant dans leur siège, par rapport aux segments du pancréas; dans leur forme et leur volume, maladie de l'adulte, ces kystes présentent une constitution anatomique que Bœckel rapporte d'après les travaux connus.

Sauf les cas où il y a absence de symptômes initiaux, le début de ces tumeurs est parfois brusque et se caractérise par des crises de névralgies cœliaques et par des troubles digestifs ; d'autres fois c'est un amaigrissement progressif, des symptômes de diabète et de la stéarrhée qui accompagnent le développement de la tumeur, dont les caractères généraux se dessinent alors. La marche de l'affection est en général lente, mais un jour ou l'autre on voit survenir soit des accidents généraux (diabète, cachexie), soit des accidents locaux (hémorragie, rupture du kyste), soit des phénomènes de compression sur les organes de voisinage.

Le diagnostic de ces kystes présente en général de très grandes difficultés ; il n'a été établi que 6 fois sur 33 cas. Toutefois si, avec les renseignements fournis par la palpation et la percussion, on utilise la ponction exploratrice et le gonflement artificiel de l'estomac, on a des chances de ne pas méconnaître la nature de la tumeur.

Comme traitement, la ponction simple et le procédé de Récamier sont inefficaces et dangereux, il faut choisir entre la laparotomie suivie de l'incision et de la suture du kyste à la paroi, ou l'extirpation totale du kyste.

Ces différents procédés ont été appliqués dans 32 cas : ils ont donné en bloc : 25 guérisons et 7 morts. Mais, si l'on défalque 2 morts dues à des causes étrangères à l'opération, et 2 autres morts survenues dans des circonstances particulières, il reste 28 observations qui ont fourni 25 guérisons et 3 morts, soit 10.7 0/0 de mortalité.

II. — Roux donne la description de trois variétés de tumeurs du pancréas, le cancer, le kyste, et l'épithélioma kystique, variété intermédiaire. Après avoir rappelé combien il est souvent difficile d'établir un diagnostic entre ces affections, dont il énumère les symptômes, il insiste, à propos des kystes, dont il rejette la théorie pathogénique de la réten-

tion, sur l'importance d'un signe, le ballottement de la tumeur. Enfin, d'après quelques observations, il émet l'opinion que le pancréas peut devenir le siège de deux variétés d'épithéliona, l'épithélioma alvéolaire et l'épithélioma tubulé. OZENNE.

Continuous drainage in the treatment of ascitis, par T. HARRIS (*Med. News, p.* 300, 27 *septembre* 1890).

Une femme, 3 mois après être accouchée, vit son abdomen augmenter de volume, sans douleur, et sans qu'on ait pu découvrir de lésions du cœur, du rein ou du foie pour expliquer l'origine de l'ascite.

Une première ponction soulagea la patiente, mais le liquide s'étant reproduit au bout d'un mois, Harris fait une nouvelle ponction et laisse en place un drain qu'un accident obligea à enlever le 3e jour. Trois semaines après, nouvelle ponction, et drain à demeure. Le liquide, qui s'écoulait constamment par le tube, diminua chaque jour, et au bout de 5 semaines, tout écoulement ayant disparu, on enleva le tube : il y a de cela un an, et depuis la guérison a persisté complète.

L'auteur a traité ainsi deux autres malades : chez la première, au bout de 3 semaines, tout écoulement avait cessé, et le tube fut retiré : la malade est restée guérie. La seconde malade, atteinte de fibromes volumineux de l'utérus, cachectique, garda un drain durant un mois, et mourut au bout de ce temps, sans que le drain eût causé le moindre dommage.

MAUBRAC.

De la circoncision envisagée principalement chez l'adulte, par THIÉRY (*Gaz. méd. Paris, n*os 16-21, 1891).

Thiéry donne la description suivante d'un procédé opératoire qu'il regarde comme procédé de choix. Les soins préliminaires étant exécutés, on reconnaît et l'on marque le lieu d'élection de la section ; puis on fixe le prépuce avec des pinces et l'on applique le clamp perpendiculairement à l'axe du fourreau ou même obliquement en bas et en arrière, de manière que la section, contrairement à ce qui a lieu dans les autres procédés, ménage plus de téguments dorsaux que de téguments de la face inférieure.

Cette manière de faire offre les avantages suivants: suppression des ligatures dans la région du frein, facilité extrême de la réunion, rapidité de l'opération et conservation d'une collerette cutanée circumbalanique.

Après la suture et la résection de le muqueuse, on procède à l'hémostase, qui doit être parfaite, et à la réunion, pour laquelle l'auteur donne la préférence aux serres fines (environ 14), dont la moitié est enlevée le soir même, lors du 1er pansement, et les autres, sauf 2, le lendemain matin. En trois ou quatre jours la guérison est entière. OZENNE.

Hémorragies post-mictionnelles de l'urètre antérieur, par J. JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urinaires, mars* 1891).

Pour Janet, l'écoulement par l'urètre de quelques gouttes de sang à la fin de la miction ou après elle n'est pas l'indice, comme on l'a cru jusqu'ici, d'une cystite. En pareil cas, le canal peut être seul enflammé: lavé et dilaté par le jet d'urine, l'urètre ne saigne qu'après la miction. C'est du moins ce que l'auteur a pu observer chez un certain nombre de malades atteints d'urétrite très aiguë, ayant subi des cathétérismes ou des injections irritantes. R. JAMIN.

Division of certain constituents of the spermatic cord in the radical cure of varicocele, par H. BENNETT (*Lancet*, 7 *mars* 1891).

Bennett étudie l'influence que peut exercer sur la vitalité du testicule la section des divers éléments du cordon au cours de la cure radicale du varicocèle et d'autres opérations. Il montre que dans le procédé le plus ordinaire l'artère spermatique n'est pas écartée avec le canal déférent, mais reste avec les veines spermatiques. Toutefois sa division en même temps que les veines est, si l'on a observé les règles fondamentales de l'antisepsie, non seulement sans danger pour le testicule, mais peut être favorable en diminuant la stase sanguine causée dans cet organe par l'oblitération des veines. Dans quelques cas même la section du canal déférent, de l'artère spermatique et des veines spermatiques bien que détruisant en apparence le cordon entier n'a pas été nécessairement suivie de gangrène ou de suppuration si l'asepsie de la blessure a été complètement maintenue. A.-F. PLICQUE.

Cystite bactérienne primitive, par HAUSHALTER (*Gaz. hebd. Paris*, 21 *mars* 1891).

Femme de 42 ans, présentant, sans cause connue, les symptômes d'une cystite aiguë, mictions douloureuses fréquentes, urines purulentes, fièvre, céphalée, etc. Pas de vaginite, pas de lésions internes, pas de lésions rénales. L'examen bactériologique des urines fait découvrir l'existence d'un microbe sous forme de bâtonnet de longueur variable et se colorant bien au violet de gentiane.

D'après l'auteur la bactérie pyogène de la vessie peut donc se rencontrer dans la cystite primitive, indépendante d'une maladie antérieure des voies urinaires, et les produits septiques qu'elle fabrique sont la cause des symptômes généraux qui accompagnent la cystite. OZENNE.

Un cas de cystite avec formation d'une épaisse couche épidermique dans la vessie. Pachydermie vésicale, par CABOT (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 135, *février* 1891).

Homme vigoureux, âgé de 40 ans, fut opéré en 1870 d'un calcul par la taille latérale. La cicatrisation fut complète en trois semaines sans fistule. Depuis cette époque la miction était restée plus fréquente. Il y a 5 ans, attaque de cystite aiguë très douloureuse. Depuis ce temps la vessie est susceptible, douloureuse. Au milieu de juin 1887, il rend un petit calcul phosphatique. La douleur revint très intense à chaque miction, avant, pendant et après le passage de l'urine; de temps en temps quelques gouttes de sang. L'urine était mêlée de mucus et de pus et contenait de nombreuses cellules épithéliales. La sonde ne révéla aucun calcul, mais après l'exploration l'évacuateur de Bigelow amena une série de petites masses papillomateuses. Ces tumeurs examinées par Whitney furent regardées comme formées de masses de cellules épithéliales, probablement dues à une tumeur papillomateuse.

On fit la taille sus-pubienne le 5 septembre 1889. A l'ouverture de la vessie, la paroi postérieure parut d'un jaune blanchâtre, et au doigt donnait une sensation rugueuse. Cette membrane se détacha facilement, et avec soin on put la tirer en dehors de la cavité vésicale. La paroi vésicale rouge et saignante était au-dessous d'elle souple et d'épaisseur normale. Drainage de la

vessie, pansement antiseptique. Au dix-huitième jour le malade était guéri. Les mictions étaient encore fréquentes et l'urine contenait quantité de pus, des injections de nitrate d'argent firent cesser ces symptômes et la guérison se maintint.

La membrane enlevée par l'opération couvrait un espace de 45 centimètres carrés et fraîche présentait une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Elle était composée de cellules épithéliales disposées comme on les trouve à la surface de la peau. A la partie profonde elles étaient pénétrées par les papilles conjonctives et les cellules étaient rondes, pendant qu'à la surface libre les cellules commençaient à prendre l'aspect des cellules épidermiques et plus superficiellement encore paraissaient en voie d'exfoliation. F. VERCHÈRE.

Remarks on suprapubic and lateral lithotomy and on litholapaxy, par A. CUNNINGHAM (*Brit. med. j., p.* 1009, 9 *mai* 1891).

Cunningham étudie parallèlement les indications de la lithotomie sus-pubienne, de la lithotomie latérale et de la litholapaxie ou lithotritie. C'est à cette dernière opération qu'il donne de beaucoup la préférence : elle convient dans 90 0/0 des cas qui se présentent.

La lithotomie sus-pubienne convient dans les cas où le calcul est trop volumineux pour être broyé et pour être enlevé sans inconvénient par une plaie périnéale. La limite supérieure de la lithotritie paraît être les calculs pesant 6 onces au moins.

La lithotomie latérale a sur la lithotomie sus-pubienne l'avantage de ne pas laisser de plaie ni des adhérences vicieuses du fond de la vessie, de permettre plus facilement l'écoulement de l'urine et le drainage de la cavité vésicale. Elle n'entraîne pas une plus grande mortalité que la lithotomie sus-pubienne.

Suit un tableau statistique détaillé, portant sur 102 cas, tous suivis de succès. H. R.

Clinical remarks on the present position of litholapaxy, par P. FREYER (*Brit. med. j., p.* 1005, 9 *mai* 1891).

Freyer publie une importante statistique personnelle concernant 400 cas de calculs vésicaux, qui n'ont donné que 5 morts, soit une mortalité de 1 1/2 0/0. Il insiste sur ce fait, que la litholapaxie est une opération presque universellement applicable à tous les cas de calculs vésicaux, aussi bien chez les jeunes enfants que chez les adultes, car sa statistique renferme 115 garçons opérés de la pierre par ce procédé, sans un seul insuccès. H. R.

Corps étrangers de la vessie, par BAZY (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., janvier* 1891).

A l'aide d'un instrument en forme de lithotriteur, mais dont le mors femelle est plus étroit que le mâle afin de plier convenablement les objets souples, Bazy a pu retirer avec succès de la vessie par les voies naturelles une verge de porc de 30 centimètres de long qu'un malade s'était introduite par le canal. De même il a retiré de la vessie d'une femme un peloton de fil de lin, et de celle d'un homme un morceau de sonde en caoutchouc cassée. Il a extrait également un manche de crochet à dentelle, un crayon, etc. R. JAMIN.

Étude sur les faux urinaires et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques, par BAZY (*Arch. gén. de méd., octobre* 1890.)

Chez un certain nombre de faux urinaires, les troubles vésicaux sont justiciables de la glycosurie. Parfois même ces troubles vésicaux révèlent une glycosurie jusque-là latente. Les accidents présentés par ces faux urinaires glycosuriques consistent : en fréquentes envies d'uriner, en légères cuissons le long du canal, en brûlures, en douleurs à la fin de la miction et retard dans l'émission, etc. ; les faux urinaires ont en même temps des manifestations nerveuses variables. RICHARDIÈRE.

Réflexions à propos de six néphrectomies transpéritonéales, par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 101).

Dans ces six néphrectomies par la voie abdominale, toutes terminées par la guérison, Terrillon a fait deux fois la fixation des deux lèvres de l'incision du péritoine postérieur de la paroi abdominale antérieure suivant le procédé de Terrier ; dans les quatre autres cas le pédicule a été réduit dans l'abdomen.

Terrillon pense que dans la plupart des cas, surtout quand il s'agit de tumeurs solides ou liquides sans suppuration, le pédicule pourra être réduit dans l'abdomen et la plaie abdominale obturée immédiatement.

Les seuls cas qui échappent à cette règle sont ceux dans lesquels la difficulté de lier le pédicule a nécessité l'application de pinces à demeure. De même lorsque la désinfection de l'uretère n'a pu être assurée d'une façon complète. Alors les lambeaux du péritoine postérieur seront réunis à la plaie antérieure et la cavité devra être drainée. C. WALTHER.

I. — Die Sectio alta in moderner Ausführung (Taille hypogastrique), par HELFERICH (*Deutsche med. Woch., n°* 22, *p.* 725, 1891).

II. — Suprabubic cystotomy for calculus, par R. F. WEIR (*N. York med. journ*, *p.* 617, 30 *mai* 1891).

III. — A case in which several fragments... (Extraction de plusieurs fragments d'os de la vessie, consécutifs à une ancienne affection des vertèbres), par Buckson BROWNE (*Brit. med. j., p.* 1298, *décembre* 1890).

IV. — Supra pubic cystotomy, par WYETH (*Journal of amer. Assoc., p.* 185, 1er *août* 1891).

I. — On a renoncé en général, dans la taille hypogastrique, à distendre préalablement le rectum. Quant à la distension de la vessie, l'auteur la réalise non pas avec du liquide, mais avec de l'air stérilisé.

Au lieu de la section médiane longitudinale, il recommande, avec Bardenheuer et Treudelenburg, la section transversale au-dessus de la symphyse. Il conseille d'avoir recours en outre, dans quelques cas, à la résection partielle de la symphyse.

Avant de pratiquer la suture de la vessie, et afin de n'avoir à réunir que des tissus irréprochables, il pratique l'excision des bords de la plaie vésicale. Après la suture au catgut, il tamponne la plaie à l'aide de la gaze iodoformée. L. GALLIARD.

II. — Weir a pratiqué la taille hypogastrique chez un homme de 57 ans pour un calcul dont la formation était le résultat du séjour d'un bout de sonde frac-

turée dans la vessie. En outre, il a saisi, à l'aide d'une pince, le lobe moyen de la prostate hypertrophiée et l'a excisé. Il a dû remplir la vessie de gaze iodoformée pour arrêter l'hémorragie consécutive. Guérison complète en un mois.

L'auteur se propose d'employer dorénavant dans l'excision prostatique un amygdalotome au lieu de ciseaux. L. GALLIARD.

III. — Symptôme du mal de Pott dorso-lombaire en 1880, chez un jeune homme de 19 ans. Trois ans plus tard, aggravation des douleurs dorsales et saillies des vertèbres lombaires, fréquence des mictions qui deviennent douloureuses. En 1885, atténuation des symptômes de carie vertébrale, mais aggravation des troubles urinaires, urines alcalines, muqueuses, phosphatiques et parfois sanguinolentes. Malgré les lavages de la vessie, qui soulagent néanmoins le malade, les caractères de l'urine sont peu modifiés, et le diagnostic de pyélite est porté, jusqu'au jour où un fragment osseux est éliminé dans la miction. Amélioration passagère, puis retour des symptômes d'une affection calculeuse; on sent un corps étranger et la lithotritie est décidée. Mais l'opération échoue d'abord, parce que le corps étranger s'écrase au lieu de se briser et rend très difficile l'extraction de l'instrument. De nouvelles tentatives réussissent, et l'on s'aperçoit que le corps étranger est de nature osseuse. Guérison.

Des faits analogues ont été rapportés par Walsh, Shaw, Thompson et Bowlby. H. R.

IV. — Wyeth a pratiqué cette opération 23 fois avec succès: les faits se répartissent ainsi : 6 tumeurs de la vessie, 2 tumeurs de la vessie avec calcul, 3 calculs, 1 corps étranger, 11 cystites sans tumeurs, calcul ou corps étranger. Il déclare cette opération supérieure à la cystotomie périnéale aussi bien pour l'exploration digitale de la vessie que pour l'ablation des tumeurs, le drainage soit temporaire, soit permanent, et pour l'ablation de calcul ou tout corps étranger. MAUBRAC.

Rétention d'urine traitée par la taille hypogastrique et la résection partielle des trois lobes de la prostate, par ZIEMBICKI (*Bullet. Soc. de chirurgie, XVII, p.* 409).

Ziembicki a pratiqué avec succès la taille hypogastrique et la résection partielle des trois lobes de la prostate démesurément hypertrophiés chez un homme de 65 ans athéromateux, épuisé par toute la série des accidents habituels de l'hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine et cystite purulente. Le malade, revu six mois après l'opération, est en très bonne santé ; le cathétérisme avec la sonde de Nélaton est facile. C. WALTHER.

Resection of the prostate gland... (Résection du lobe moyen de la prostate dans un cas de rétention d'urine), par R. TOBIN (*Brit. med. j., p.* 580, 14 *mars* 1891).

Chez un homme de 60 ans, amaigri et souffrant d'une cystite avec rétention d'urine, suite d'une hypertrophie prostatique, Tobin fit l'opération suivante:

1er *temps*. — Cystotomie sus-pubienne, qui permet l'exploration digitale du plancher de la vessie et de la face supérieure de la prostate.

2e *temps*. — Introduction d'une sonde terminée par une anse métallique d'après le système de l'écraseur linéaire. Entre les deux extrémités de l'anse on place la portion de prostate saillante dans la vessie, et on la sectionne lentement, l'anse étant maintenue par le doigt introduit dans la vessie. Même opération pour les deux lobes latéraux de la prostate.

3e *temps*. — Irrigations boriquées de la vessie et sonde à demeure.

Le malade, malgré de nombreuses complications rénales et vésicales, finit par guérir. La guérison se maintient depuis six mois. H. R.

La mort par embolies graisseuses après les fractures, par MEEH (*Beit. z. klin. Chir., VIII,* 2).

D'après l'auteur, les cas véritablement authentiques de mort par embolies graisseuses ne dépassent pas 15, en comprenant les deux faits inédits qui lui sont personnels.

1° Homme de 23 ans, fractures multiples de l'humérus, du fémur, du calcanéum. Mort 4 heures après l'accident. A l'autopsie, embolies graisseuses seulement dans les capillaires pulmonaires.

2° Homme de 42 ans. Fracture de la cuisse, fracture par écrasement du calcanéum. Mort 6 heures après l'accident. Embolies graisseuses dans le poumon. Pas d'autre lésion.

L'embolie graisseuse pulmonaire peut seule expliquer ces morts rapides après des fractures ; c'est souvent du reste après des fractures de grands os ou des fractures multiples qu'on les observe, et presque toujours peu de temps après le traumatisme. A. C.

De la fièvre dans les fractures simples, par GANGOLPHE et JOSSERAND (*Revue de chirurgie, n°* 6, *p.* 445, 1891).

L'analyse de 7 observations personnelles et des nombreuses observations publiées depuis quelques années conduit les auteurs à admettre que la fièvre notée dans les fractures sans plaie doit être attribuée à la résorption des produits contenus dans le foyer de la fracture ; ce sont des produits de désassimilation des éléments anatomiques frappés directement ou indirectement de mort par le traumatisme.

La fièvre serait en rapport avec la quantité des éléments anatomiques mortifiés, qu'il s'agisse des globules du sang ou des cellules qui entrent dans la composition des tissus. Enfin, dans le foyer même peuvent se produire des substances capables d'élever la température, et dues aux troubles de nutrition qui surviennent dans les tissus à la suite du traumatisme. Cette dernière hypothèse trouve une confirmation dans la production de la fièvre à la suite d'une gangrène aseptique d'un membre.

C. WALTHER.

Ostéotomie avec glissement de la tubérosité antérieure du tibia dans les fractures anciennes de la rotule, par PONCET (de Lyon) (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 386).

Dans un cas de fracture ancienne de la rotule, après avoir, par une incision parallèle à l'axe du membre, mis à nu l'articulation, la rétraction du ligament rotulien ne permettant pas de rapprocher les fragments, Poncet détacha la tubérosité antérieure du tibia à l'aide d'une scie fine, puis la fixa plus haut à l'extrémité articulaire avec une cheville d'ivoire. La suture de la rotule put alors être faite facilement. C. WALTHER.

Des pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs, par R. MESNARD (*Thèse de Paris, n°* 237, 1891).

Il est assez fréquent de rencontrer chez les enfants une différence de longueur entre les deux membres inférieurs : cette anomalie peut attein-

dre un degré suffisant pour produire certains symptômes qui ont pu induire en erreur et faire croire à une coxalgie au début.

Les principaux symptômes qui accompagnent l'asymétrie des membres inférieurs sont : la claudication, la déviation de la colonne vertébrale, l'inclinaison du bassin, et souvent une douleur diffuse. Mais dans ces pseudo-coxalgies, il n'existe jamais ni contracture, ni attitude vicieuse caractéristique, ni douleur localisée à la pression, ni adénopathie inguinale. Cette affection est causée par un retard momentané dans le développement d'un membre, mais cette différence n'est que passagère : il semble que la guérison soit facilement obtenue. Le traitement consiste à corriger par un talon supplémentaire la différence de longueur des deux jambes. (9 obs.) MAUBRAC.

Luxation ancienne de la hanche. Résection de la tête du fémur. Évidement de la cavité cotyloïde, etc., par RICARD (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVI, p.* 714).

Un homme, dans une chute d'un lieu élevé, se luxe la hanche droite. Plusieurs tentatives de réduction sont vainement exécutées dans les premières semaines qui suivent l'accident.

Huit mois plus tard, Ricard voit le blessé qui présente les signes d'une luxation ischiatique. La marche est impossible sans béquilles et la mobilité de la tête fémorale est telle que le membre luxé ne peut fournir au tronc un point d'appui solide.

La marche, la station debout prolongée, la position assise, provoquent des douleurs vives, et le malade réclame énergiquement une intervention chirurgicale.

Ricard fait l'opération suivante : il découvre la tête fémorale par une incision postérieure placée sur la saillie formée par la tête luxée, résèque la sphère fémorale, décolle avec la rugine la capsule adhérente au cotyle et, après avoir mobilisé et refoulé en avant cette capsule, agrandit avec la gouge et le maillet la cavité cotyloïde déformée; il place alors dans la cavité reconstituée le moignon du col fémoral.

Le malade reste dans la gouttière de Bonnet jusqu'au quarante-cinquième jour, puis garde encore le repos au lit pendant vingt jours. Il se lève alors et marche avec des béquilles, puis avec un bâton.

Depuis un an, la guérison s'est bien maintenue : le malade, même sans soulier spécial, peut avec sa canne parcourir de longues distances. La cuisse encore un peu amaigrie est dans la rectitude parfaite. Une néarthrose s'est établie entre le col et la cavité cotyloïde et des frottements bien nets, perçus au moment des mouvements de la cuisse sur le bassin, démontrent avec évidence le contact des deux surfaces osseuses. Cette néarthrose est solide, et le malade, appuyé sur le membre sain, peut exécuter des mouvements de flexion, d'adduction et de légère abduction. Le raccourcissement est de 4 centimètres. C. WALTHER.

I. — Du pied bot congénital à manifestations tardives, par BOURON (*Thèse de Paris, n°* 179, *avril* 1891).

II. — De la tarsectomie pour pieds bots varus équins congénitaux, par Alexis ADAM (*Thèse de Nancy, décembre* 1890).

I. — Cette forme de pied bot, décrite par Tillaux, n'est connue qu'à l'état de pied équin pur ou compliqué d'un faible degré de varus. Elle est imputable à un raccourcissement congénital du tendon d'Achille,

dont la cause intime échappe. L'extension exagérée du pied, déterminée par ce vice de conformation, est masquée pendant un certain temps par une suractivité fonctionnelle des muscles antérieurs de la jambe. Quand ceux-ci sont insuffisants, ce qui arrive à une époque variable de la vie, la lésion originelle cesse d'être compensée, et le pied bot se révèle.

La ténotomie du tendon d'Achille suffit pour amener le redressement du pied. Il est parfois nécessaire d'y joindre un traitement par l'électricité. Quatre observations inédites.

II. — Voici les conclusions de ce travail très complet et très riche en observations (plus de 200).

Il existe des pieds-bots varus équins congénitaux que la tarsectomie seule peut guérir ; l'étude anatomique du squelette du pied bot et la clinique le démontrent.

Des différentes opérations pratiquées sur le squelette, la tarsectomie antérieure totale et la tarsectomie postérieure avec ses variétés méritent seules d'être conservées. Les autres opérations proposées sont insuffisantes. La tarsectomie antérieure totale remédie à l'adduction, l'équinisme et la rotation de l'avant-pied, laissant à l'astragale et au calcanéum leur forme et leur position vicieuses. La persistance de l'équinisme et de la supination de l'arrière-pied expose à la récidive.

L'extirpation de l'astragale seul corrige l'équinisme et le varus léger, mais laisse subsister les autres éléments de la difformité. Pour corriger l'adduction et la rotation de l'avant-pied, il convient d'ajouter à l'extirpation de l'astragale (procédé de Gross) la résection d'un coin osseux à base externe, pris sur l'extrémité de la grande apophyse du calcanéum. Ce procédé restitue la forme et les fonctions du pied. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont restitués, et ceux des autres articulations du pied sont conservés. Le raccourcissement consécutif du membre est presque nul. Il ne persiste point de déformation capable de provoquer la récidive.

La tarsectomie partielle postérieure, par le procédé de Ch. Nélaton, présente les mêmes avantages que la tarsectomie cunéiforme, mais l'expérience n'a pas démontré qu'elle soit applicable à tous les cas. MAUBRAC.

I. — Résection du genou. Statistique de 44 cas. Procédés opératoires, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVI*, *p.* 572).

II. — Sur l'arthrectomie et la résection du genou, par RICHELOT (*Ibid.*, *XVI*, *p.* 727).

I. — Sur ces 44 résections du genou, aucun décès opératoire. Un malade avec des lésions très avancées et récidive après guérison passagère a dû être amputé et est mort cinq mois plus tard de tuberculose pulmonaire. 4 sujets ont eu à brève échéance des accidents locaux; une fois suppuration, amputation secondaire; 3 fois fistules plus ou moins persistantes.

Chez tous les autres opérés, les résultats ont été excellents; le membre réséqué, solide et utile, fonctionnait avec une remarquable perfection.

Lucas-Championnière ne laisse pas les malades s'appuyer sur le membre réséqué avant deux mois.

L'opération, qui peut donner de bons résultats même chez des sujets âgés, est surtout bonne chez les jeunes gens de 18 à 30 ans.

Les lésions pulmonaires sont d'ordinaire améliorées après la suppression de ces grands foyers de tuberculose articulaire.

L'opération doit être minutieuse, totale, dépassant largement les limites du mal.

Le pansement doit être fait sans déplacement secondaire; la suppuration doit être absolument supprimée des suites de l'opération.

II. — Richelot présente 6 cas d'arthrectomie du genou avec de très bons résultats opératoires. Dans un cas l'opération a été faite pour laxité articulaire; dans un autre, le malade bien guéri de sa tumeur blanche a succombé à la tuberculose pulmonaire au bout de quatre mois; enfin un autre cas est trop récent pour permettre de juger le résultat. Chez trois autres opérés la guérison s'est bien maintenue depuis 7 mois, 12 mois, 2 ans et demi.

L'arthrectomie a pour avantage la simplicité des soins consécutifs et la plus grande perfection du résultat fonctionnel. Elle semble, d'après Richelot, mériter la préférence; quand les os ne sont pas malades, « c'est là son indication étroite et sa condition essentielle. » C. WALTHER.

Trois cas de septicémie aiguë, par MAUBRAC (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 519, *juillet* 1891).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme mort de septicémie aiguë, consécutive à une petite plaie du pied avec lymphangite et qui était cicatrisée au moment de la mort. Le streptocoque pyogène a été retrouvé à l'état pur dans le sang et dans les différents viscères.

Le second malade, à la suite d'une résection de la hanche, fit une septicémie aiguë dont il guérit, après être resté plus de 10 jours dans un état typhoïde. Durant toute cette période, le sang examiné directement ou à l'aide de cultures a montré la présence du streptocoque pyogène. Ce microorganisme a disparu du sang lorsque la septicémie s'est terminée.

La troisiène observation est celle d'un homme atteint de pleurésie à streptocoque, opéré d'empyème et mort au bout de 18 jours. On nota durant la vie, dans le sang, la présence du streptocoque, du staphylocoque doré et d'un bacille très voisin du bacille commun de l'intestin. Ces mêmes organismes furent retrouvés associés dans le pus et dans les divers liquides de l'organisme après la mort. OZENNE.

De l'homme tétanifère, par VERNEUIL (*Gaz. heb. de méd. Paris.*, *février* 1891).

Les observations rapportées par Verneuil montrent que l'infection tétanique peut être due à des germes siégeant à l'état latent sur la peau des mains et des pieds des blessés. Dans d'autres faits, il semble que ce soient les vêtements ou les chaussures qui soient le siège des germes qui vont ultérieurement infecter la blessure. RICHARDIÈRE.

Thérapeutique des infections pyogènes généralisées, par FOCHIER (*Lyon méd.*, 23 *août* 1891).

Dans cette note préliminaire, Fochier propose pour combattre les états infectieux graves, tels que la pyohémie, l'ostéomyélite aiguë, la fièvre puerpérale, etc., de provoquer artificiellement des abcès qui constituent en quelque sorte un dérivatif et peuvent amener la guérison de l'infection générale. Il a été conduit à cette méthode par la remarque que dans

la fièvre puerpérale on voit quelquefois un abcès, un phlegmon localisé, ce qu'il appelle un abcès de fixation, provoquer la chute de l'hyperthermie, amener une amélioration manifeste. A quatre reprises il a essayé ce nouveau procédé thérapeutique et a réussi à enrayer des accidents infectieux des plus graves.

Après avoir essayé diverses injections, quinine, nitrate d'argent, destinées à provoquer l'inflammation, il s'est arrêté à l'emploi de l'essence de térébenthine qu'il injecte à la dose d'un à trois centimètres cubes dans le tissu cellulaire au voisinage de l'aponévrose, en cherchant les points les plus aptes à établir la révulsion. Ces abcès créés artificiellement doivent être ouverts plus ou moins tardivement suivant les allures qu'ils affectent, mais il ne faut pas craindre de les renouveler. C'est à ce prix qu'on peut espérer triompher de cas des plus graves, alors même que toutes les ressources semblent épuisées. A. CARTAZ.

Contributo allo studio del riassorbimento del catgut, par LATIS (*La Riforma medica*, 18 *mars* 1891).

D'expériences faites sur divers animaux, l'auteur conclut qu'il n'y a pas de différence réelle dans le temps nécessaire à l'absorption du catgut, suivant qu'il s'agit d'une plaie suppurante ou d'une plaie aseptique. Le processus de suppuration influe, au contraire, sur la cicatrisation des vaisseaux liés. Donc, en pratique, la suppuration n'agit pas sur le catgut, mais elle peut devenir dangereuse en déterminant une hémorragie secondaire due à une destruction de la paroi vasculaire au niveau de la ligature; il est à noter cependant que la destruction de la paroi vasculaire porte presque toujours sur la portion du vaisseau comprise entre les nœuds et qu'elle se produit toujours à une époque assez éloignée de la ligature pour que la cicatrice vasculaire ait eu le temps de se faire.

GEORGES THIBIERGE.

Contributo alle suppurazioni prodotte dal pneumococco di Fraenkel, par A. NANNOTTI (*Clin. chir. dell' Univ. di Pisa*, 1891).

Relation de plusieurs cas d'abcès secondaires à l'invasion du pneumocoque: 1° abcès sous-maxillaire chez un homme de 25 ans. Ouverture, guérison. Les cultures donnent le pneumocoque; 2° abcès de la région mastoïdienne avec carie de l'apophyse chez un homme de 46 ans; 3° abcès péridentaire; 4° abcès périrénal chez un homme de 49 ans atteint de broncho-pneumonie chronique; incision, guérison. A. C.

Des kystes hydatiques de la région sacro-lombaire, par Honoré VILLARD (*Thèse de Paris*, n° 330, 1891).

La région sacro-lombaire est pour les kystes hydatiques un siège de prédilection. Ils sont dans la majorité des cas développés primitivement au sein même des muscles de la région. Le traumatisme joue un rôle incontestable fréquent, mais non constant, dans leur étiologie.

Le diagnostic est souvent fort difficile et ils peuvent être confondus avec les abcès froids et les lipomes.

L'ablation complète du kyste est le seul traitement rationnel.

F. VERCHÈRE.

I. — Ueber Echinokokkus der Pleura und die ihr vortäuschenden Localisationen der Echinokokkenkrankheit, par Carl MAYDL (*Vienne*, 1891).

II. — Du traitement des kystes hydatiques de la plèvre et des organes qui l'avoisinent, par HEYDENREICH (*Semaine méd.*, 11 *novembre* 1891).

III. — Ein Beitrag zur Behandlung des Echinococcus alveolares Hepatis (Traitement de l'échinocoque alvéolaire du foie), par BRUNNER (*Münch. med. Woch.*, *p.* 509, 21 *juillet* 1891).

I. — Sur 16 opérations par la ponction, Maydl a compté 11 morts, 5 guérisons. Les cas de mort se rapportaient à 3 kystes hydatiques de la plèvre, 4 du poumon dont 2 ouverts dans la plèvre, 3 du foie ouverts dans la plèvre, 1 sans localisation précise. La mort a été amenée 5 fois par pleurésie purulente ou pyopneumothorax ; 6 fois la ponction semble avoir amené la mort par diffusion des hydatides dans les bronches.

Sur 13 interventions par l'incision simple ou avec résection, il y a eu 10 guérisons, 3 morts. Ces 13 cas étaient 5 fois des kystes de la plèvre, 8 du foie ouverts dans la plèvre. L'incision simple semble plus grave que lorsqu'elle est combinée avec la résection costale.

10 cas de kystes du poumon traités par l'incision ont donné 9 guérisons, 1 mort.

Maydl termine son travail par la relation de 17 cas de kystes développés secondairement dans le thorax ou ayant refoulé le diaphragme. Sur ces 17 interventions par la méthode transpleurale, on a obtenu 10 guérisons, 7 morts.

II. — Heydenreich, discutant le travail de Maydl et jugeant d'après son expérience, conclut que les kystes hydatiques primitifs ou secondaires de la plèvre, abandonnés à eux-mêmes, sont à peu près fatalement mortels ; ceux du poumon sont mortels dans la moitié des cas. La ponction, même exploratrice, est à rejeter dans ces divers cas. La méthode de choix est l'incision, de préférence avec la résection costale.

A. CARTAZ.

III. — Une femme de 27 ans entre à l'hôpital avec les signes d'une tumeur du foie remontant jusqu'à la 4e côte en avant et à 3 doigts au-dessous de l'angle de l'omoplate en arrière, déplaçant le cœur et débordant de deux doigts l'hypochondre droit. L'état général était peu altéré.

La ponction exploratrice évacua un liquide jaune brunâtre, purulent, inodore. Se croyant en présence d'un empyème, Brunner fit la thoracotomie dans le 8e espace, et découvrit alors le diaphragme fortement tendu. Celui-ci fut suturé et ouvert, il s'échappa une grande quantité de liquide renfermant des débris de membrane. La poche fut lavée au sublimé et drainée, mais la cavité à parois calleuses ne diminuait que lentement. Un an après, il s'échappait encore de la fistule des débris d'échinocoques. Brunner élargit la fistule et cautérisa profondément les parois de l'abcès avec le thermocautère, ce qui détermina une hémorragie secondaire et une néphrite. Après quatre mois, guérison. C. LUZET.

I. — Hygroma tuberculeux à type myxomateux, par CRITZMAN (*Cong. Assoc. franç. Limoges* 1890).

II. — De l'hygroma tuberculeux à type myxomateux, par P. MARTIN (*Thèse de Paris*, n° 312, 1890).

III. — Die primäre tuberculose Sehnenscheidenentzuendung (Gaines tendineuses), par GARRÉ (*Beitraege zur klin. Chirurg.*, *VII*, *et Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er *mai* 1891).

I et II. — Un jeune homme de 20 ans atteint d'arthrite probablement tuberculeuse du genou droit portait un kyste du creux poplité droit développé aux dépens de la bourse du jumeau interne.

Le kyste fut extirpé; il contenait une matière gélatiniforme rouge jaunâtre, tremblotante, translucide; le malade guérit de l'intervention; mais, 4 mois après, le genou droit est franchement tuberculeux.

Critzman examine le contenu du kyste et reconnaît les caractères du myxome pur, sans follicules tuberculeux, ni bacilles de Koch. La couche interne de la paroi est hérissée de petites saillies formées par du tissu de granulation et infiltrée de cellules embryonnaires, de follicules et de nodules tuberculeux. L'inoculation à quatre cobayes de ces deux parties constitutives du kyste a été positive : ils ont succombé à une tuberculose viscérale généralisée bacillaire.

La néoplasie myxomateuse pure peut donc être due à la tuberculose.

MAUBRAC.

III. — 1° Tous les hygromas des gaines tendineuses sont d'origine tuberculeuse; on trouve toujours dans la paroi kystique des granulations tuberculeuses typiques ; 2° les fongosités des gaines tendineuses ne sont la plupart du temps que des tumeurs tuberculeuses conjonctives ; 3° entre l'hygroma et les fongosités, il existe toutes les formes de transition possibles ; 4° les ganglions et les hygromas des gaines tendineuses sont deux choses totalement différentes. Les premiers sont des kystes par rétention, à contenu gélatiniforme, sans grains riziformes et sans tubercules dans la paroi du kyste ; 5° la plupart des hygromas traités simplement par incision récidivent comme hygromas ou comme fongosités ; 6° le meilleur traitement est l'extirpation de la gaine tendineuse ; 7° dans les cas graves où les tendons sont farcis de fongosités, leur résection peut éviter l'amputation du membre. (*R. S. M.*, XXVI, 716 et 717.)

J. B.

Vorstellung eines Falles von Heilung... (Sarcome guéri par un érysipèle), par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 3, *p.* 68, 19 *janvier* 1891).

Homme de 27 ans auquel on avait enlevé, en août 1888, un sarcome à cellules rondes, volumineux, siégeant dans le tissu sous-cutané de la hanche gauche.

Dès le 1er mars 1889, récidive sur la cicatrice opératoire et nouvelles tumeurs à la nuque et à la fesse droite; finalement cet homme a présenté une cinquantaine de tumeurs, la plupart sur la paroi antérieure thoraco-abdominale.

Devant l'impossibilité d'enlever toutes ces tumeurs, on extirpa les 3 plus volumineuses, en même temps qu'on soumettait le malade au traitement ioduré et arsenical. Les tumeurs avaient déjà semblé diminuer un peu de volume sous l'influence de cette médication, lorsque l'homme fut pris d'un

érysipèle ambulant qui, dans l'espace de 8 jours, le débarrassa de toutes ces tumeurs.

Elles avaient commencé à rétrocéder dès le 3e jour de l'érysipèle.

En automne 1890, la cicatrice opératoire de la nuque devint le siège d'une récidive grosse comme une noix, dont la nature fut vérifiée au microscope après ablation. Pas de nouvelle récidive jusqu'à ce jour. J. B.

On the treatment of large tuberculous abcesses... (Traitement des grands foyers tuberculeux par des irrigations d'eau chaude sans drainage), par Arthur BARKER (*Brit. med. j.*, *p.* 275, 7 *février* 1891).

Barker publie un certain nombre de cas de grands abcès tuberculeux par congestion traités par de larges lavages à l'eau chaude, sans drainage. Le procédé opératoire est simple; il consiste en une incision de 2 pouces sur les tissus sains, à la partie inférieure de la collection. Par cette ouverture on introduit une gouge étroite, communiquant avec un irrigateur plein d'eau chaude. L'irrigation se fait en même temps que le raclage de la paroi de l'abcès, et ainsi se trouve obtenue l'élimination des débris tuberculeux de la façon la plus naturelle. H. R.

Myélome des gaines tendineuses, par HEURTAUX (*Archives de médecine, janvier et février* 1891).

L'auteur rapporte 3 observations inédites de myélome des gaines tendineuses de la main, et fait suivre ces observations de l'étude générale de ces tumeurs.

Le siège de ces tumeurs est remarquable. Jusqu'à présent, elles se sont rencontrées toujours dans la gaine des fléchisseurs et à la main droite seulement. Tous les sujets étaient jeunes (de 17 à 32 ans).

Les tumeurs molles avaient, avant l'opération, un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une noix. Le tissu néoplasique se développe aux dépens de la gaine des tendons. Il est constitué par des traînées fibreuses plus ou moins fortes, laissant dans leur intervalle des espaces remplis de cellules offrant des apparences variées.

Au point de vue clinique, les myélomes des gaines tendineuses se présentent sous la forme de tumeurs arrondies ou ovalaires, pouvant atteindre une longueur de 6 ou 7 centimètres. La consistance est molle. La peau conserve sa couleur et sa souplesse. Les mouvements des doigts sont conservés.

Le traitement doit consister dans l'ablation de la tumeur. RICHARDIÈRE.

Ein Fall von Lipoma arborescens der Sehnenscheiden (Gaines tendineuses), par Paul SENDLER (*Centr. für Chir.*, 11 *juillet* 1891).

L'auteur eut l'occasion d'opérer chez une jeune fille une tumeur à évolution lente de la face dorsale de la main, siégeant sur la 3e gaine synoviale et empiétant sur les 2e et 4e gaines : la tumeur, d'aspect jaune, transparente et quelque peu visqueuse, revêtait la forme d'une arborescence entourant le tendon du 3e extenseur; les gaines voisines étaient entamées, mais les tendons étaient intacts. On ne constatait aucune trace de tuberculose locale. La malade bientôt guérie avait retrouvé la fonction de ses extenseurs. Mais, trois mois et demi plus tard, elle mourait de tuberculose laryngée et pulmonaire.

Tout en n'admettant pas la nature tuberculeuse de la lésion elle-

même, l'auteur incline à croire que le lipome arborescent des gaines tendineuses se manifeste principalement sur les terrains tuberculeux, comme pour les productions semblables qui siègent dans les articulations. ARNOULD.

I. — Die rationnelle Behandlung der Unterschenkelgeschwuere (Traitement rationnel des ulcères de jambes), par GUENTHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 4, p.* 105, 15 *février* 1891).

II. — The treatment of chronic ulcers by massage, par Ern. MAYLARD (*Glasgow med. journ., p.* 44, *juillet* 1891).

I. — D'abord déterger, aseptiser l'ulcère en le saupoudrant d'un mélange à parties égales de salol et de talc, ou en le lavant, si les bourgeons sont saignants, avec une solution de créoline à 2 0/0. Puis pratiquer le massage, qui doit au début ne porter que sur les pourtours de l'ulcère et être exécuté depuis le mollet jusqu'au-dessus de creux poplité. On massera ensuite les bords mêmes de l'ulcère. Guenther tapote même avec le marteau à percussion les bords calleux avant de terminer le séance par un nouvel effleurage. Dans l'intervalle des séances de massage pansement humide. Avec ce traitement, en une quinzaine, tout ulcère de jambes non compliqué est transformé en une plaie de bonne nature qui se rétrécit rapidement par prolifération de l'épiderme. J. B.

II. — Le massage des ulcères a pour résultat de diminuer l'engorgement des veines, des lymphatiques, de rétablir la circulation artérielle.

Comme opération préliminaire il est bon quelquefois de gratter la surface ou de disséquer les bords de la plaie pour les rafraîchir. On couvre la surface de l'ulcère d'une compresse au sublimé et ensuite de vaseline, de sorte que l'on peut masser au-dessus d'elle. Après massage, on applique un pansement de lint boriqué. Les résultats sont très rapides et très satisfaisants. DUFLOCQ.

Tuberculose herniaire, par JONNESCO (*Revue de chirurgie, n° 3, p.* 185, *et n°* 6, *p.* 455, 1891).

Jonnesco a pu réunir onze cas de tuberculose herniaire ; les lésions portent soit sur le sac (6 cas), soit sur le contenu de la hernie (3 cas), soit en même temps sur le sac et sur son contenu (2 cas).

La tuberculose du sac peut se montrer sous les deux formes suivantes : 1° tubercule massif, sans lésions inflammatoires ; 2° péritonite herniaire tuberculeuse avec ses deux types : forme miliaire aiguë ou chronique, forme cloisonnée à loges multiples.

La tuberculose du contenu herniaire a été observée sur l'épiploon, sur l'intestin, le mésentère et, dans un cas, sur l'ovaire hernié.

Les complications de l'affection sont de trois ordres : 1° locales : étranglement ; 2° de voisinage, tuberculose hernio-péritonéale, péritonite hernio-abdominale ; 3° lointaines, tuberculose pulmonaire.

La tuberculose se manifeste surtout sur des vieilles hernies depuis longtemps irréductibles. Dans 6 observations, il s'agissait de hernies inguinales ; dans 3, de hernies crurales ; dans les 2 derniers cas la variété de hernie n'a pas été indiquée.

La hernie, par sa constitution anatomique, par sa façon de vivre, est

un terrain propice à l'éclosion et au développement de la tuberculose. La tuberculose herniaire est, d'après Jonnesco, une tuberculose locale; la hernie constitue un des foyers primitifs de la péritonite tuberculeuse; dans les cas de tuberculose hernio-péritonéale, c'est par la hernie que les lésions ont commencé.

L'évolution de la tuberculose herniaire peut amener du côté de la hernie des modifications importantes et variables avec la nature même des lésions anatomiques; d'où 3 formes cliniques : 1° forme latente; 2° forme douloureuse; 3° forme inflammatoire à type aigu (péritonite herniaire aiguë tuberculeuse) ou à type chronique.

Les crises douloureuses, les crises d'obstruction (pseudo-étranglement et étranglement véritable), l'irréductibilité, sont les symptômes qui dominent la scène dans l'évolution de ces hernies tuberculeuses. Suivent les indications du traitement :

1° Traiter les accidents herniaires;

2° Traiter la tuberculose herniaire : — *a*) Si les lésions sont bornées à la hernie, détruire le foyer tuberculeux, soit par l'extirpation des parties malades si la chose est possible, sauf en ce qui concerne l'intestin, qu'on ne réséquera que si la nature des lésions ne permet pas de le réduire; soit par la simple herniotomie, si l'étendue des lésions s'oppose à une intervention plus radicale; — *b*) Les lésions ont-elles franchi le détroit herniaire, on se bornera à attaquer le foyer herniaire si les accidents abdominaux sont peu marqués. On poursuivra par une hernio-laparotomie les lésions abdominales, dans le cas contraire;

3° Quant aux lésions pulmonaires, elles ne deviendront une contre-indication à l'intervention que si elles sont assez avancées pour faire du malade un véritable phtisique. Mais alors même elles laisseront subsister l'indication opératoire commandée par les accidents herniaires graves, étranglement véritable ou pseudo-étranglement. C. WALTHER.

Résultats du traitement des épithéliomas par la pyoctanine, par LE DENTU (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p.* 325).

Le Dentu rapporte quatre faits démontrant l'inefficacité absolue des injections interstitielles et des badigeonnages avec la solution de violet de méthyle dans les épithéliomas.

Richelot, Reclus, Bazy, Quénu, ont essayé aussi ces injections sans obtenir aucun bon résultat. Dans un cas d'adénite tuberculeuse, Quénu a vu diminuer notablement la tumeur. C. WALTHER.

Des greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluents, par Raymond NOGUÈ (*Thèse de Paris, n°* 314, 1891).

L'auteur rapporte 17 observations de guérison rapide d'ulcères par l'application de greffes dermo-épidermiques prises en larges surfaces avec le rasoir, suivant le procédé de Thiersh. Les modifications apportées par Rémy et décrites par Nogué consistent à employer l'anesthésie locale par la cocaïne, au lieu de chloroformer le malade, et à se servir pour le pansement de compresses de tarlatane imbibées d'une solution de sublimé au millième.

Il est ainsi possible, grâce à la cocaïne, de recouvrir en peu de jours,

par une série d'opérations sans douleur ni gravité, des ulcères même très étendus. On peut, grâce à une préparation préalable de la plaie et à l'emploi direct des antiseptiques sur les greffes, compter sur des succès pour ainsi dire constants.

Il y a tout avantage à tailler des lambeaux dermo-épidermiques très épais, sans toutefois qu'ils comprennent toute la peau, et très larges, à les placer bien en contact les uns avec les autres, pour que toute la surface de l'ulcère soit recouverte d'un tissu nouveau qui conserve, quand l'adhérence est définitive, tous les attributs de la peau normale.

C. WALTHER.

OPHTALMOLOGIE.

Untersuchungen über die Pigmentwanderung... (Recherches sur la migration du pigment dans la rétine de la grenouille), par FICK (*Arch. f. Opht. XXXVII*, 2).

L'auteur a contrôlé les expériences d'Engelmann, suivant lesquelles l'exposition d'un œil à la lumière produit la migration en dedans du pigment, non seulement dans cet œil, mais aussi par l'intermédiaire du nerf optique et du cerveau, dans le congénère tenu dans l'obscurité. Fick démontre, par une série de nouvelles expériences, que les conclusions d'Engelmann sont inexactes. Dans une première partie, il prouve que la théorie d'Engelmann ne peut être admise, parce que les conséquences qui devraient nécessairement en résulter n'ont pas lieu. Car, en supposant qu'il y ait une migration du pigment de la rétine, pour ainsi dire sympathique (par voie de transmission nerveuse), la migration du pigment ne pourrait pas s'observer dans l'œil tenu dans l'obscurité, après la section du trajet nerveux, c'est-à-dire d'un des nerfs optiques; si ceux-ci servent à la transmission du réflexe supposé ou des nerfs sympathiques qui accompagnent les vaisseaux oculaires, c'est à eux qu'incombe le rôle en question. Or, les expériences de Fick ont fait constater que la migration sympathique du pigment a encore lieu dans l'œil protégé contre la lumière, après la section d'un des nerfs optiques, et après la section ou la ligature de l'artère ophtalmique avec les nerfs sympathiques qui l'accompagnent. Fick a même observé ladite migration chez des grenouilles privées du cerveau.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur démontre que l'œil, effectivement protégé contre toute lumière, garde son pigment à l'état de repos, c'est-à-dire retiré en dehors, pendant que le pigment de son congénère exécute sa migration sous l'influence de la lumière. Il est vrai qu'il n'est pas facile d'exclure l'un des yeux de toute lumière, tandis que son congénère est exposé aux rayons lumineux. De plus, l'auteur a démontré que l'action d'une très courte durée, même d'une flamme de

sodium, suffit pour provoquer la migration du pigment de la rétine, pourvu que la grenouille soit replacée dans l'obscurité pendant 15 ou 20 minutes, avant sa décapitation et avant que la fixation à l'aide d'acide azotique du pigment rétinien, ne soit effectuée.

Les processus éveillés par l'incidence des rayons lumineux continuent à se développer dans l'obscurité. L'auteur conclut donc qu'il n'y a pas de migration sympathique du pigment rétinien, et que les résultats contradictoires d'Engelmann sont dus à une inexactitude de ses expériences, c'est-à-dire à une exclusion incomplète de la lumière. ROHMER.

Ein Beitrag zur Myopiestatistik, par PROSKAUER (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 2).

De l'étude des faits il semble résulter que l'auteur peut confirmer les rapports déjà signalés par d'autres, rapports existant entre la myopie, l'acuité visuelle, l'âge, le staphylome postérieur et d'autres complications. Il n'est pas absolument certain qu'on puisse accuser l'action du travail de près sur le développement de la myopie forte, mais cette relation est au moins très vraisemblable; si l'on considère aussi que les myopies de 6 à 9 D sont dues très souvent au travail, et qu'avec elles on observe déjà toutes sortes de complications, l'on ne pourra nier l'influence néfaste d'une fatigue oculaire.

Il est facile aussi de se décider à abandonner cette formule commode et banale qui permet de négliger les prescriptions de l'hygiène, et attribue tout à l'hérédité; il ne faut pas oublier que nos connaissances sur l'hérédité de la myopie sont encore très incertaines, et que celle-ci ne joue un rôle étiologique que chez un nombre très restreint de myopes. ROHMER.

Bemerkung zu dem Aufsatze von Schneller... (Remarques à propos du travail de Schneller intitulé : Contribution à la théorie du strabisme), par HESS (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 1).

L'auteur cherche à réfuter l'assertion de Schneller tendant à démontrer qu'il y a une accommodation inégale des deux yeux.

Schneller prétend que l'un de ses deux yeux pouvait être muni d'un verre convexe ou concave de 1,25 à 2 D sans que la vision binoculaire fût troublée. Hess a fait un contrôle de cette expérience en tenant une aiguille à 1 centimètre de distance devant l'échelle typographique. Cette aiguille est alors vue double. Mais les images doubles ne sont jamais égales, ce qui prouve qu'il n'y a pas d'accommodation inégale. ROHMER.

Étude clinique sur le diagnostic et le traitement de l'hyperphorie, par Howard HANSELL (*Americ. J. of the med. sc., p.* 377, *avril* 1891).

L'hyperphorie peut se définir une condition des muscles de l'œil telle qu'avec le minimum de tension, une déviation de la ligne de vision peut se produire dans un œil sans que l'autre y participe. L'hyperphorie peut exister sans donner de symptômes, ce qui est dans quelques cas d'une grande importance. Elle peut produire des troubles réflexes du système nerveux, et certains désordres réflexes fonctionnels peuvent se trouver, chez des malades, avec l'hyperphorie, qui ne sont nullement causés par elle.

L'hyperphorie ne dépend nullement d'un trouble de la réfraction, elle

peut se rencontrer dans presque tous les cas d'asthénopie ; on ne peut la reconnaître qu'après une longue série d'examens.

La ténotomie est le traitement de choix ; dans le plus grand nombre des cas il faut sectionner complètement le tendon.

Des 6 cas rapportés 2 présentent les symptômes de l'hyperphorie sans qu'on ait pu trouver de rupture d'équilibre dans les muscles d'ordre vertical ; 1 avait de l'hyperphorie avec de l'asthénopie, qui se guérit complètement par la correction de l'asthénopie. F. VERCHÈRE.

Primäre Haarenbildung... (Néoformation primitive de poils sur la surface cartilagineuse intermarginale des paupières comme cause habituelle du trichiasis), par RÆHLMANN (*Arch. f. Opht.*, *XXXVII*, 2).

L'observation clinique aussi bien que les recherches histologiques ont permis à l'auteur de conclure que l'hyperémie longtemps prolongée des vaisseaux des bords des paupières provoque une prolifération des couches épithéliales de Malpighi ; celles-ci, ayant acquis une certaine épaisseur, peuvent donner lieu à la formation de poils et de glandes sébacées. ROHMER.

Hétéroplastie dermique des paupières, par PANAS (*Bull. acad. de méd.*, 21 *juillet* 1891).

Panas communique l'observation de six hétéroplasties palpébrales, toutes suivies de succès et exécutées d'après le procédé suivant. Après avoir assuré rigoureusement l'antisepsie des téguments de la face et de la partie du bras ou de l'avant-bras qui doit fournir le lambeau autoplastique, on procède à la dissection des paupières ectropionnées et à l'avivement de leurs bords libres qu'on suture. Cela fait, on taille à la région sus-épitrochléenne du bras ou à la face interne de l'avant-bras un lambeau cutané, exempt de tissu graisseux et d'un tiers plus grand que la surface qu'il s'agit de combler ; puis on l'applique sur la surface cruentée des paupières après hémostase complète, et on en assure l'application exacte par un nombre de sutures suffisant, faites avec de la soie fine. L'opération terminée, on recouvre la plaie d'un bandage ouaté antiseptique, non compressif, avec interposition directe sur la région de quelques rondelles de gaze iodoformée, le tout à l'état sec. Au bout d'un septénaire la réunion par première intention est obtenue. OZENNE.

Ueber die Ætiologie des Chalazion, par TANGL (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.* *IX*, 2, *p.* 265).

Le chalazion, qui pour Fuchs a la structure du tubercule réticulé, qui pour Baumgarten ressemble histologiquement au lupus, a été trouvé par Tangl contenir des bacilles tuberculeux. L'auteur pense que comme porte d'entrée, on peut éliminer la muqueuse, et l'apport par la voie lymphatique et que seule la voie sanguine est probable. Son développement chez des sujets scrofuleux de préférence est encore un argument en faveur de sa nature tuberculeuse. C. LUZET.

Zur Pathogenese des Chalazion, par L WEISS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *juin* 1891).

Pour vérifier l'opinion de Tangl, qui prétend que le chalazion est une

tuberculose localisée, l'auteur a inoculé du tissu de chalazion dans la chambre antérieure du lapin; dans un cas, le chalazion provenait d'une femme phtisique; dans l'autre, d'un homme très robuste, et dans un troisième cas, d'une femme anémiée par une couche récente.

Dans aucun cas il ne se développa d'iritis tuberculeuse. Après la réaction assez intense des premiers jours, la masse inoculée se résorba, de telle sorte qu'au bout de quelque temps il n'en restait rien, même au bout de neuf jours dans un cas. Au contraire, l'inoculation d'un débris de ganglion caséeux provenant d'un enfant scrofuleux, dans la chambre antérieure d'un lapin, provoqua une iritis tuberculeuse. Les injections de tuberculine, dans ce cas, provoquèrent une élévation de temperature générale, sans réaction locale.

Le chalazion n'est donc pas un produit tuberculeux; c'est ainsi que conclut Deutschmann. ROHMER.

Ueber Fadenbildung an der Cornea (Formation de filaments sur la cornée), par W. CZERMAK (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *juillet* 1891).

La présence de filaments sur la cornée, dans certaines kératites, s'explique par la formation de masses exsudatives provenant de la conjonctive et s'appliquant à des endroits érodés de la cornée par un mécanisme encore inconnu. Ces filaments renferment dans leur substance vitreuse un grand nombre de leucocytes. Les mouvements des paupières et du bulbe leur donnent une courbure qui aboutit à la déformation des cellules et à leur torsion. Si cette déformation était toujours identique, elle servirait de caractère distinctif à la kératite à filaments. Il faudrait la regarder comme une forme de l'herpès, dans laquelle, par hasard, il s'est fait un accollement d'exsudats conjonctivaux. Aussi les auteurs l'ont-ils souvent rangée parmi les complications de l'herpès. Or, les filaments n'étant que des formes transitoires, il se peut aussi que, dans certaines formes d'herpès cornéen celles-ci aient été observées, puis aient disparu au bout d'un certain temps.

Les filaments enlevés, la cicatrisation commençant ou un début de suppuration peuvent être un obstacle à l'adhérence de nouveaux exsudats.

A en croire W. Czermak, il faudrait comprendre toutes les formations de filaments dans une seule catégorie qu'on diviserait en deux groupes, les unes consécutives aux traumatismes de la cornée, les autres dues à l'herpès de cette membrane (cas spontanés). ROHMER.

Ueber den Werth der Fluoresceïnfärbung... (Valeur de la coloration par la fluorescéine pour le traitement galvanocaustique), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mai* 1891).

Une solution de fluorescéine à 2 0/0 instillée dans l'œil atteint d'ulcère serpigineux de la cornée colorera en vert toutes les parties de la membrane cornéenne envahies par la maladie; on peut ainsi découvrir les limites d'une lésion qu'on n'aurait pu soupçonner ni même voir avec la loupe; toute perte d'épithélium, même superficielle, est ainsi colorée. Cette méthode a l'avantage de permettre de cautériser dans une étendue suffisante pour détruire tout le mal en cas d'ulcère serpigineux. ROHMER.

Kératite parenchymateuse insolite, par PFLUEGER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte, n° 22, p.* 718, 15 *novembre* 1890).

Homme de 50 ans, venu consulter Pflüger pour une affection de l'œil gauche, consistant en un eczéma vésiculeux du limbe cornéal et une légère iritis. Contre toute attente, au bout d'une quinzaine de jours, il existait une infiltration diffuse de la totalité de la cornée qu'on crut tout d'abord de nature eczémateuse, vu la nature de l'affection première. Le diagnostic dut être réformé, à cause de l'âge du patient, de l'absence de vésicules marginales profondes et de la coloration de l'infiltration qui, au lieu d'avoir une teinte gris clair, presque laiteuse, avait un ton gris sombre. Dans les semaines suivantes, l'évolution fut celle d'une kératite interstitielle ordinaire : pointillé général de l'épithélium, concentration de l'infiltration vers le centre, tumeurs debutant par le limbe. Mais ultérieurement, le processus se compliqua de trois symptômes qui n'ont jamais été signalés dans la kératite parenchymateuse : formation de phlyctènes, production d'un hypopyon et anesthésie intense.

Le centre de la cornée devint plusieurs fois le siège d'une phlyctène, pleine de liquide aqueux, constituée par la réunion de trois vésicules et qui, sans jamais se rompre, paraissait et disparaissait d'une heure à l'autre, restant parfois des jours sans se reproduire ; elle ne disparut définitivement qu'au bout de plusieurs semaines. 3 mois après le début, il se fit un petit hypopyon qui, après avoir offert quelques variations de volume, rétrocéda après une quinzaine. 6 semaines auparavant, on avait remarqué de l'anesthésie de la cornée et une légère hyperesthésie des téguments autour de l'œil gauche ; ces phénomènes durèrent un peu plus de 2 mois. Peu à peu la cornée s'est éclaircie, et tout permet d'espérer qu'on pourra pratiquer une pupille artificielle. J. B.

Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Hornhautfisteln (Nouvelle contribution à l'étude des fistules cornéennes), par CZERMAK (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 2).

D'un cas que l'auteur a eu occasion d'examiner, il conclut que lorsqu'il se fait une hernie de l'iris dans une plaie cornéenne, de telle façon que la pupille soit entraînée vers la solution de continuité, celle-ci peut, à la rigueur, se fermer, mais la pression intra-oculaire la forcera à se rouvrir de nouveau; et finalement l'épithélium superficiel de la cornée pourra arriver à tapisser l'ouverture fistuleuse, de façon à empêcher complètement sa fermeture; la fistule sera alors presque imperceptible, mais suffisante pour donner issue continuellement au contenu de la chambre antérieure. ROHMER.

Ein Fall von erfolgreicher Transplantation der Hornhaut (Greffe cornéenne suivie de succès), par A. von HIPPEL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 19, *p.* 466, 11 *mai* 1891).

C'est la 7e opération de ce genre réussie par Hippel.

Jeune homme de 24 ans, s'étant fait pratiquer, il y a 4 ans, pour éviter le service militaire, des cautérisations au nitrate d'argent sur l'œil droit, dont la vue était déjà mauvaise. Il en résulta une opacité centrale, brunâtre de la cornée, large de 3 millimètres, masquant toute l'ouverture papillaire et s'étendant jusqu'à la membrane de Descemet. Après atropinisation on reconnut la présence d'une cataracte dont Hippel fit d'abord l'extraction Puis, 3 semaines plus tard, pour supprimer la tache brune de la cornée, il y inséra, suivant sa méthode (*R. S. M.*, XXXIII, 679), un lambeau de cornée d'un

jeune lapin. Après discision d'une cataracte secondaire, l'opéré avait, avec un verre de +9 dioptries, une acuité visuelle de 1/3 et pouvait lire, à l'aide d'un verre de +12 dioptries, sans peine le n° 6 de Jæger.

Six semaines après la transplantation cornéenne, le lambeau greffé était parfaitement transparent, et l'expérience de l'auteur lui permet de considérer ce résultat comme définitivement acquis (*R. S. M.*, III, 362; XI, 264; XIV, 674; XXIX, 285 et XXXII, 263; XXIX, 701 et XXXIV, 707). J. B.

Traitement de l'ophtalmie granuleuse par la cantharidine, par Juan FERNANDEZ (*Progreso médico, mai* 1891).

A l'exemple de Liebreich, Fernandez injecte le cantharidate de potassium, à la dose de 1/4 à un décimilligramme chez les sujets atteints d'ophtalmie granuleuse. Il rapporte cinq observations, d'où il résulte que les conjonctives, à la suite des injections, deviennent plus pâles et même congestionnées; mais on dut cesser le traitement par suite de la douleur qu'il causait, et de la fièvre qui en était d'ordinaire la conséquence. Dans un seul cas il y eut une amélioration marquée. H. R.

Periodical attacks of sympathetic ophtalmia for 10 years due to a bullet : removal of the eye with the bullet., par R. RANDOLPH (*Med. News*, 4 *avril* 1891).

Un homme de 31 ans reçut, il y a dix ans, une balle de pistolet dans l'œil gauche. La vision resta limitée à la perception de la lumière. Puis l'œil devint le siège de douleurs violentes qui duraient plusieurs jours, pour disparaître durant des mois; il y a trois ans, des troubles sympathiques ont paru dans l'œil droit : la vision de l'œil gauche est absolument perdue, sans qu'on puisse découvrir aucune lésion pouvant expliquer l'amblyopie. En pratiquant l'énucléation, on trouva la balle sur le côté externe du nerf optique : elle avait traversé l'œil, et son orifice de sortie était marqué par une bande de tissu cicatriciel. L'œil droit guérit sans traitement. MAUBRAC.

Zur Anatomie des dünnhaütigen Nachstaars... (De l'anatomie de la cataracte secondaire membraneuse avec remarques sur la guérison des plaies de la membrane de Descemet), par WAGENMANN (*Arch. f. Opht.*, *XXXVII*. 2).

L'auteur a eu l'occasion de faire l'examen microscopique d'un œil atteint de cataracte secondaire membraneuse qui avait été observée dès son début. Le malade, âgé de 37 ans, a été opéré en 1887. On avait pratiqué l'extraction linéaire modifiée de de Græfe avec arrachement d'un lambeau de la cristalloïde anterieure à l'aide d'une pince kystitome. Le résultat était très bon. V=2/5. Sept mois après l'opération, la vision était encore la même. Deux ans et quart après l'extraction, la vue avait fortement baissé; le malade ne comptait les doigts qu'à 5 mètres. On constata une cataracte secondaire en forme de membrane mince qui n'était visible qu'à l'éclairage oblique. L'autre œil avait une cataracte mûre. On en fit l'extraction. Le malade succomba à une pneumonie intercurrente. Quant à l'examen de l'œil atteint de cataracte secondaire, l'auteur constata que la membrane mince de la cataracte secondaire était due à ce que l'épithelium de la cristalloïde antérieure avait enduit la surface antérieure de la cristalloïde postérieure, en proliférant dans la continuité, et y avait produit des couches et néoformations vitrées. Ces néoformations ne faisaient défaut à aucun endroit du colobome. De là s'explique l'abaissement de l'acuité visuelle. Quant à l'étiologie de cette prolifération, l'auteur ne sait l'expliquer.

L'opération avait été on ne peut plus parfaite : aucune inflammation n'avait

suivi, la guérison avait été des plus promptes. Aussi la cicatrice cornéenne était-elle à peine visible au microscope. Les bords de la section de la membrane de Descemet n'étaient séparés que par une couche microscopique du tissu cicatriciel. L'endothélium cornéen s'étendait par dessous la cicatrice, comme à l'état normal. Il y avait sur l'endothélium une couche de membrane vitrée néoformée qui rejoignait les bords de la membrane de Descemet coupée, en s'attachant des deux côtés. ROHMER.

Tumor corporis ciliaris... (Tumeur du corps ciliaire, rupture de la capsule du cristallin, cataracte traumatique consécutive), par LANGE (*Arch. f. Opht., XXXVI*, 3).

Le cas de Lange concerne une femme de 62 ans; ce qui distingue ce cas, c'est qu'une cataracte est survenue à une époque très rapprochée du début de la tumeur. La malade n'accusait de symptômes que depuis trois mois, et l'auteur a réussi à préciser le diagnostic malgré le trouble complet du cristallin et quoique la tumeur fût encore dans sa première période (sans l'hypertonie de l'œil et ses suites). Lange indique comme symptômes les suivants : profondeur inégale de la chambre antérieure, dilatabilité irrégulière de la pupille et dislocation du cristallin cataracte; en l'absence de tout traumatisme. L'état absolument normal du cristallin de l'autre œil aurait une certaine importance.

L'examen anatomique et microscopique a confirmé le diagnostic de l'auteur. Il s'agissait d'un myosarcome, c'est-à-dire d'une tumeur composée de cellules conjonctivales et de cellules musculaires lisses, formant des faisceaux qui s'entre-croisaient. Cette tumeur siégeait à la partie inférieure du corps ciliaire, et avait 9 millimètres d'épaisseur, 5 millimètres de hauteur et 10 millimètres de largeur. Elle touchait à l'équateur du cristallin, qu'elle avait déplacé en haut. Au point de contact, une rupture de la capsule cristalllinienne avait eu lieu par suite de la pression de la tumeur. Les bords de la capsule déchirée étaient enroulés en dehors. Les fibres cristalliniennes étaient dégénérées, et en partie sorties par la rupture.

L'auteur fait remarquer que la formation si précoce d'une cataracte en cas de tumeur du corps ciliaire n'a pas été souvent observée. Il n'en a été publié, selon lui, qu'un cas par de Græfe, et un autre par Schreiber. La cataracte était donc due à une rupture, pour ainsi dire traumatique, de la capsule, et non pas à un simple trouble de nutrition occasionné par la pression de la tumeur. Lange se demande si une telle rupture ne joue pas plus souvent un rôle dans la production de la cataracte en cas de tumeur extra-oculaire. Quant à la nature de la tumeur, les myosarcomes ne sont pas très fréquents non plus. L'auteur n'en peut citer qu'un cas, d'Iwanoff et un autre de Lagrange. ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss des glasshaütigen Neubildungen... (Contribution à la connaissance des néoformations d'une membrane vitreuse sur la cristalloïde et sur la membrane de Descemet), par GEPNER (*Arch. f. Opth., XXXVI*, 4).

L'auteur a observé, chez une tanche, le développement d'une cataracte capsulaire des deux yeux; il a examiné les yeux au microscope. Les altérations que l'auteur trouva étaient presque identiques à celles de l'homme. La cataracte capsulaire faisait saillie sur la surface du cristallin. Elle se composait de couches un peu irrégulières de cellules séparées par un réseau de substance homogène. Par derrière, la cataracte était séparée de l'épithélium capsulaire par une membrane vitreuse

néoformée, qui se continuait encore au delà du bord de la cataracte capsulaire en s'attachant à la cristalloïde antérieure. Derrière la cataracte capsulaire, les parties antérieures du cristallin étaient altérées. L'auteur suppose que c'étaient ces altérations du cristallin qui donnaient l'impulsion pour la prolifération de l'épithélium et la sécrétion d'une substance hyaline. Il explique ainsi également la formation des différentes couches de la cataracte capsulaire elle-même. Le réseau de substance homogène correspondrait à la membrane vitreuse néoformée et qui séparait la cataracte capsulaire de l'épithélium capsulaire. ROHMER.

Experimentelle Studien über die Ernährung der Krystallinse und über Cataractsbildung (Études expérimentales sur la nutrition de la lentille cristallinienne et sur la formation de la cataracte), par H. MAGNUS (*Archiv. für. Opht. XXXVI*, 4).

Il a paru à l'auteur intéressant de suivre les modifications développées dans le cristallin à la suite de l'absorption de certaines substances par l'économie, et cela à l'aide des méthodes de recherches perfectionnées que permet la loupe. Il fit absorber à des lapins 3 à 6 doses de glycérine mêlée à du sucre, doses composées de 3 à 4 grammes de substance par kilogramme de poids de l'individu. Les altérations apparaissent au plus tôt six heures après l'absorption.

Les altérations s'observent d'abord près de l'équateur dans une zone située en avant et en arrière de lui; puis, on remarque que les troubles de la couche postérieure disparaissent bien plus rapidement; sous ce rapport il faut noter la facilité de régression des lésions naphtaliniques.

Ces altérations se partagent en deux phases : la première est caractérisée par l'apparition de raies transparentes, vitreuses, qui, partant de l'équateur, affectent la forme de rayons; vers l'équateur elles sont plus larges qu'aux pôles; quant à leur nature, il faudrait les attribuer à des fentes plus ou moins profondes de la surface de la lentille, fentes produites par des plis de la cristalloïde, le cristallin ayant diminué de volume par perte d'une certaine quantité d'eau. La deuxième phase est une opacification qui apparaît vingt-quatre à trente-six heures après l'absorption du médicament. Les raies de la première phase ne gardent leur transparence que pendant douze à quarante heures. L'opacification part de l'équateur, absolument comme lorsqu'il s'agit du développement de la cataracte sénile.

Puis survient le stade de régression; l'éclaircissement part à la fois de la périphérie et du centre: cet éclaircissement ne peut être attribué qu'à ce fait qu'il existe dans le cristallin des courants de nutrition normaux, qui rétablissent les conditions optiques momentanément troublées par l'arrivée d'une lymphe artificiellement altérée.

L'éclaircissement devra donc se montrer là où le courant nutritif absorbe la lentille. Or sous ce rapport, il faut attribuer une grande importance au pôle postérieur et aux zones d'opacification situées dans cette région.

En faisant absorber à de jeunes lapins une grande quantité de chlorure de sodium, le résultat a été le même.

Quant à l'apparition d'une cataracte sous l'influence de l'absorption du

sucre, elle est très difficile à produire; elle apparaît et disparaît en tout cas très rapidement.

Quant à la cataracte naphtalinique, l'auteur l'attribuerait à une hyperémie du corps ciliaire, plutôt qu'à des lésions du fond de l'œil, comme le veut Panas.

Les résultats obtenus au point de vue de la nutrition de la lentille peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Les processus nutritifs du cristallin sont bien plus actifs dans la moitié postérieure de la lentille que dans sa moitié antérieure.

2° C'est dans une zone située derrière l'équateur et parallèle à lui que semble exister le courant nutritif le plus intense.

3° Un autre courant existe en avant de l'équateur, parallèle au premier, mais bien moins important.

4° Le pôle postérieur de la lentille reçoit de même un courant nutritif, mais moins abondant que les deux précédents.

5° Il ne semble pas y avoir de courant au niveau du pôle antérieur.

6° Même l'équateur de la lentille ne reçoit pas de courant propre, mais il est soumis, au point de vue de la nutrition, aux courants qui existent en avant et en arrière de lui. ROHMER.

Stichverletzung eines Auges... (Piqûre d'un œil. Déchirure étendue probable de la cristalloïde antérieure; guérison totale), par FISCHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1891).

L'auteur a observé chez un enfant de 10 ans blessé à l'œil droit par une plume, une perforation de la cornée au bord inféro-externe, et des traces de plaie de l'iris, avec déchirure nette de la cristalloïde antérieure, laquelle disparut au bout de très peu de temps. Il n'y eut pas de trouble du cristallin.

Fischer pense qu'il s'agit là d'un arrachement de la capsule à peu près parallèle à l'équateur de la lentille. Les lèvres de la plaie de la capsule n'ont bâillé que fort peu, pour s'agglutiner bientôt sans qu'il y ait de trouble du parenchyme cristallinien. ROHMER.

L'opération de la cataracte simplifiée, par TROUSSEAU (*Gaz. des hôp.*, n° 147 *p.* 1366-1890, *et Bull. de la clin. des Quinze-Vingts*, *p.* 18, 1891).

Les paupières sont écartées avec le pouce et l'index de la main gauche, les doigts appuyant légèrement sur le globe pour le fixer. Le malade regarde en bas, car la section est toujours supérieure. Après la ponction, la pointe va déchirer la capsule (kérato-kystitomie de Gayet) remonte ensuite pour faire la contre-ponction; le lambeau occupe le tiers supérieur de la cornée. Avant de terminer la section du lambeau, l'opérateur abandonne la paupière inférieure, soulevant seulement la supérieure, sans souci de la mobilité de l'œil, que fixe le couteau. Après la section du lambeau on n'a qu'à appuyer sur la partie inférieure de la cornée avec le manche du couteau pour aider à la sortie du cristallin. Toilette de la pupille; pas de collyre, pansement sec levé trois jours après : à partir de ce moment, dilatation de la pupille par l'atropine. Les malades peuvent quitter l'hôpital au septième jour. F. DE LAPERSONNE.

Iritis métritique, par de WECKER (*Semaine médicale*, 29 *avril* 1891).

Les affections oculaires confirment de plus en plus le principe « pas d'inflammation sans infection. » En appliquant ce principe aux affections oculaires, on arrive à conclure qu'en dehors du traumatisme, tout individu porteur d'une iritis doit être envisagé comme atteint d'une maladie infectieuse, syphilis, rhumatisme, tuberculose, lèpre, etc. Les affections utérines n'agissent pas par action réflexe, par troubles circulatoires, mais par infection à la suite de lésions ulcéreuses de l'utérus, du col ou du vagin, et si on trouve des recrudescences au moment des règles (iritis cataméniale de Trousseau), c'est que, à ce moment, l'immigration des germes est singulièrement facilitée. — Les symptômes utérins peuvent être si peu accusés, que seules les lésions oculaires donnent l'éveil. En présence d'une iritis que rien chez une femme n'explique tout d'abord, il faudra rechercher dans les organes génitaux l'existence d'un foyer infectieux que l'on devra attaquer vigoureusement. On arrivera ainsi, par voie indirecte, à la guérison d'iritis très rebelles. F. DE LAPERSONNE.

Ueber einen Fall von Pulsation der Netzhautarterien bei Glaucom (Un cas de pulsation des artères de la rétine avec glaucome; insuffisance aortique et anévrisme de l'aorte; autopsie), par MICHŒLSEN (*Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, *février* 1891).

Une femme de 40 ans se présente à la clinique de Hirschberg, se plaignant d'être aveugle de l'œil droit depuis 4 ans, et depuis le même temps d'avoir une diminution de la vision de l'œil gauche. Légère augmentation de tension des deux yeux, et excavation glaucomateuse marquée des deux papilles atrophiées. Ce qui était surtout intéressant à noter, c'était un pouls artériel des vaisseaux empiétant même sur les rétines; les veines elles-mêmes étaient animées de fortes pulsations, mais limitées aux papilles. L'intensité de ces phénomènes en fit rechercher la cause dans une lésion cardiaque surajoutée au glaucome. L'examen clinique fit découvrir un anévrisme de l'aorte avec insuffisance aortique.

Au bout d'un an et demi la malade mourut, et l'autopsie permit de constater une insuffisance des valvules aortiques, un anévrisme de l'arc de l'aorte, une endartérite déformante, une congestion des poumons et des reins, avec néphrite interstitielle. Comme dans beaucoup de cas de glaucome, il s'agissait là de sclérose des vaisseaux, d'endartérite oblitérante, de périphlébite, d'endophlébite et de dégénérescence hyaline des vaisseaux. ROHMER.

Nochmals mein Glaucom-Theorie), par RHEINDORF (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1891).

Rheindorf conseille, dans les cas de glaucome, d'enlever le cristallin soit transparent, soit opacifié, alors qu'après l'iridectomie la chambre antérieure se reformant, l'acuité visuelle continue toujours à diminuer; de même aussi dans le glaucome absolu il conseille l'ablation à la place de l'énucléation. L'auteur défend ses idées contre les objections qui lui ont été faites de toutes parts. ROHMER.

Glaucome, par SNELLEN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *janvier* 1891).

Pendant l'accommodation chez les jeunes gens, pendant la vision de près, le diamètre du cristallin diminue à peu près d'une quantité égale à

la rétraction du cercle ciliaire. Le bord périlenticulaire reste aussi grand qu'il était, et la zonule de Zinn reste tendue. Il en est autremont quand, dans un âge plus avancé, la lentille cristallinienne perd son élasticité. Le cercle ciliaire se rétrécit, mais la forme et les dimensions du cristallin restent invariables. Forcément dans ce cas les procès ciliaires sont pressés contre la lentille, et la zonule de Zinn doit se relâcher. On comprend qu'un excès d'accommodation puisse devenir une prédisposition au glaucome. Une correction de la réfraction faite à temps et convenable doit pouvoir, en pareil cas, arrêter une attaque de glaucome. L'ectasie consécutive à une iridectomie ou à une sclérotomie, siégeant au bord sclérotical comporte, d'après Snellen, la véritable indication de l'opération contre le glaucome. ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste des Uvealtractus (Contribution à la connaissance des tumeurs du tractus uvéal), par LIEBRECHT (*Arch., f. Opht. XXXVI*, 4, *p.* 224).

1° Iridochoroïdite avec formation de petites tumeurs dans l'iris.

L'auteur fait part d'une forme d'irido-choroïdite apparaissant chez des individus jeunes, faibles, candidats à la tuberculose, sur l'un ou les deux yeux. Peu d'irritation; léger trouble du corps vitré. Sur l'iris apparaissent de nombreuses productions blanchâtres, un peu rouges, faisant saillie dans la chambre antérieure; synéchies postérieures; après un certain temps, les productions disparaissent; quelques-unes peuvent réapparaître, pour régresser de nouveau; mais après quelques mois ou années, on trouve à la place de ces productions des taches atrophiques, décolorées. Au point de vue thérapeutique, il faut éviter les synéchies. Etiologiquement, il s'agirait là de tubercules affaiblis ou de productions scrofuleuses.

2° Dans un second paragraphe, l'auteur étudie la statistique des cas publiés jusqu'alors de tuberculose du tractus uvéal, et donne deux nouveaux faits. Je ne puis que signaler l'âge des patients, qui va de 5 à 62 ans; la relation qui existe entre l'affection oculaire et la tuberculose d'autres organes, une tuberculose primitive de l'œil ne paraissant pas démontrée; la démonstration de la nature tuberculeuse des produits; la propagation du processus tuberculeux de la région ciliaire. Enfin, la thérapeutique la plus sûre est l'énucléation. ROHMER.

Ueber das Sarcom des Uveal-Tractus, par FREUDENTHAL (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 1).

L'auteur donne une statistique de 24 cas de sarcome du tractus uvéal pour lesquels l'énucléation de l'œil ou l'exentération de l'orbite a été pratiquée par Leber de 1874 à 1879. L'auteur a surtout cherché à connaître le sort ultérieur des 24 opérés. Sur ces 24 malades, il y avait 5 femmes, et pour tous les malades l'âge variait entre 28 et 69 ans. Dans un cas, il y eut développement très lent, et les douleurs n'apparurent que seize ans après le début du décollement de la rétine; deux autres cas varièrent entre six et dix ans. Dans 21 cas, on put se borner à une simple énucléation avec résection du nerf optique; trois fois on fut forcé de pratiquer l'exentération de l'orbite, deux fois sans pouvoir enlever complètement la néoplasie. Six fois on a observé des récidives locales, qui

survinrent de huit jours à dix ans après la première opération. Plus la tuméfaction était avancée et plus les récidives locales étaient fréquentes et hâtives. La fréquence des rechutes locales est environ deux fois plus grande dans la statistique de l'auteur que dans la plupart des statistiques publiées jusqu'à présent. Des métastases dans des organes éloignés ont été observés cinq fois, et ont amené la mort dans un cas où l'on avait opéré dans la première période de la maladie. La statistique de l'auteur démontre que des métastases lointaines peuvent se présenter même après une opération très hâtive. Des récidives, ou des métastases, ou les deux ensemble ont été observées dix fois parmi les 24 cas. Il reste donc 14 malades opérés; 6 de ces derniers ont été observés trois ans au moins après l'opération sans qu'une récidive ni une métastase se soit présentée. Leur guérison peut donc être admise comme définitive. On a donc 8 guérisons définitives sur 16 malades assez longtemps suivis, soit 37,5 0/0. Ce chiffre correspond presque exactement à celui de Hirschberg, tandis que Fuchs n'a constaté que 6 0/0 de guérisons définitives.

Selon l'auteur, le pronostic du sarcome du tractus uvéal n'est donc pas aussi fâcheux qu'on l'a en général admis. Si le malade reste sain trois à quatre ans après l'opération qui doit être pratiquée le plus tôt possible, on pourra envisager sa guérison comme définitive, quoique exceptionnellement, même dix ans après l'énucléation, on ait encore observé des rechutes. ROHMER.

Beitrag zur Kentniss des Ectropium Uveæ congenitum, par WICHERKIEWICZ (*Arch. f. Opht., XXXVII,* 1).

L'auteur décrit un cas d'ectropion congénital de l'uvée excessivement accusé. Les excroissances pigmentées du bord pupillaire des deux yeux atteignaient une longueur de 3 à 3^{mm},5; elles étaient tout à fait libres et non attachées à la cristalloïde. Les yeux du malade observé présentaient, en outre, d'autres anomalies du pigment. Une partie de la surface antérieure de l'iris de l'œil gauche était couverte d'une couche de pigment plus foncé semblable à celui desdites excroissances; il y avait, de plus, quelques points pigmentés dans la sclérotique.

Après atropinisation, la corticale antérieure des deux yeux montra un anneau opaque concentrique au bord pupillaire d'un diamètre de 8 millimètres et d'une largeur de 3 millimètres.

L'auteur croit avec Bock qu'il s'agit, dans ce cas, d'un trouble de l'involution de la membrane pupillaire. ROHMER.

I. — Ueber das cavernöse Angiom der Aderhaut (Angiome caverneux de la choroïde), par GIULINI (*Arch. f. Opth., XXXVI,* 4).

II. — Angioma simplex venosum des Ciliärkörpers, par CZERMAK (*Soc. des méd. de Vienne,* 20 *février* 1891).

I. — Un individu de 28 ans est pris de cécité presque subite. On pensa à une tumeur intra-oculaire avec glaucome secondaire et on fit l'énucléation. On trouva une liquéfaction du corps vitré, un décollement total de la rétine, et au pôle postérieur, à 3 millimètres de la papille, une petite proéminence de la choroïde grosse comme une lentille, brun-rougeâtre, arrondie, à bords un peu plus clairs, et d'une consistance un peu élastique. Le microscope fit voir un angiome caverneux pur. Il est intéressant de noter la présence de

dilatations cystoïdes sur l'iris entre l'endothélium et le stroma; l'auteur pense qu'elles sont dues à des troubles de la circulation. L'angiome est apparu à un âge plus avancé que d'habitude. Enfin, au point de vue du siège, l'angiome occupait la place de la fente oculaire, fait sur lequel Virchow, à propos des angiomes, avait déjà appelé l'attention pour d'autres régions, lèvres, joues, etc.

ROHMER.

II. — Il s'agit d'un angiome congénital du corps ciliaire. La fente palpébrale est étroite; la conjonctive, rouge et tuméfiée, offre trois vaisseaux dilatés; il y a autour de la cornée une zone rouge large d'un centimètre, formée par un épais réseau vasculaire reposant sur la sclérotique et par des veines dilatées en ampoules. La cornée, la chambre antérieure, l'iris, la papille, sont à l'état normal. Il y a un astigmatisme hypermétropique total, et une paresse très marquée de l'accommodation due à l'envahissement du corps ciliaire par le réseau vasculaire si extraordinairement dilaté. L. GALLIARD.

Note sur un cas de staphylome du corps ciliaire, par MEURER (*Arch. d'ophtalm.*, *XI*, *n°* 2, *p.* 97).

L'examen anatomique confirme les recherches de Schiess-Gemuseus et de Wecker sur le même sujet. Le muscle ciliaire disparaît complètement sans laisser de traces au niveau du staphylome : les vaisseaux sont représentés par de simples travées conjonctivales. La zonule n'est pas déchirée, les fibres distendues ont pris part, comme tout le corps ciliaire, au mouvement d'ectasie de toute la région : le cristallin adhérent à l'iris n'a pas changé de place. F. DE LAPERSONNE.

De la rétinite syphilitique, par OSTWALT (*Thèse de Paris*, *n°* 88, 1891).

Il peut se produire, à une époque peu avancée, avant la fin de la première année, une rétinite caractérisée par de petits foyers grisâtres, disposés en grappes, siégeant soit au centre, soit à la périphérie, en rapport avec les branches terminales des artères rétiniennes. Ces foyers, très petits, ne sont bien vus qu'à l'image droite : ils coïncident le plus souvent avec des foyers de choroïdite localisées : les opacités du corps vitré manquent assez souvent. L'anatomie pathologique montre que ces foyers sont formés par des cellules rondes rappelant les gommes, et siégeant dans la chorio-capillaire et dans la couche des fibres nerveuses de la rétine : les vaisseaux présentent toujours l'épaississement de leur paroi avec prolifération de la tunique interne, comme dans l'artérite cérébrale syphilitique. Les altérations de l'œil précèdent très souvent les manifestations cérébrales : d'où la nécessité de traiter énergiquement cette rétinite, même sans troubles fonctionnels bien intenses.

F. DE LAPERSONNE.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss... (Recherches expérimentales au sujet de l'influence de la circulation rétino-choroïdienne sur la nutrition de l'œil, surtout de la rétine et sur les suites de la section du nerf optique), par WAGENMANN (*Arch. f. Opht.*, *XXXVI*, 4).

1° La section du nerf optique en amont de l'arrière des vaisseaux centraux du nerf produit une dilatation permanente de la pupille, sans altération immédiate du fond de l'œil. Ce n'est qu'après trois semaines que la pupille se décolore et finit par s'atrophier. La circulation réti-

nienne n'en souffre pas, mais la transparence de sa membrane est diminuée.

2° La section du nerf optique en aval de la pénétration des vaisseaux centraux produit une dilatation de la pupille, en même temps qu'une décoloration de la pupille, un amincissement des vaisseaux, et bientôt une interruption de la colonne sanguine.

Mais la circulation se rétablit au bout de deux ou trois semaines incomplètement, grâce à une circulation collatérale qui s'établit au bord de la choroïde au niveau du trou sclérotical, et venant de la gaine du nerf optique et des vaisseaux ciliaires épiscléraux. Dans quelques cas cette circulation latérale ne s'établit pas. Les fibres nerveuses s'atrophient comme dans le cas précédent.

3° La section des artères ciliaires postérieures, courtes et longues, est variable.

Si la section porte sur la moitié seulement, il survient une légère diminution de tension du bulbe, ou la papille se rétrécit. Les diverses couches de la rétine subissent une dégénérescence rapide. Au bout de quelques jours, la circulation se rétablit de nouveau, ce qui empêche la rétine de dégénérer en totalité.

La section complète des ciliaires courtes et longues produit quelque chose d'analogue à la kératite parenchymateuse chez l'homme. Les yeux sont de suite mous et restent tels; les milieux sont troubles, cristallin et corps vitré. Finalement l'œil s'atrophie.

4° La section d'une moitié du nerf optique, des vaisseaux rétiniens et ciliaires, amène la dégénérescence rétinienne du même côté, et même sa disparition, tandis que l'autre moitié de la rétine subit une simple atrophie.

5° La section totale du nerf optique ainsi que des vaisseaux rétiniens et ciliaires, amène la nécrose et la destruction totale de la rétine.

ROHMER.

Ein Fall von Retinitis proliferans, par MARTINET (*Deustche med. Woch.*, n°, 9 *p.* 329, 1891).

Femme de 52 ans, diabétique, ayant depuis deux ans de l'affaiblissement de la vue à gauche, depuis un an à droite; on trouve de l'albumine et des cylindres dans l'urine et une hypertrophie cardiaque. Des deux côtés, opacités du corps vitré. A droite ecchymoses rétiniennes. A gauche, le fond de l'œil se présente comme la carte en relief d'un pays montagneux; les saillies partent de la pupille comme centre pour irradier dans toutes les directions d'une façon capricieuse et envoyer des ramifications qui peuvent s'anastomoser entre elles. Les saillies sont parfois assez minces et transparentes pour laisser voir au-dessous d'elles le rouge du fond de l'œil. Les vaisseaux sont cachés en partie par le néoplasme, auquel ils fournissent des vaisseaux propres. Il s'agit là certainement d'une néoformation conjonctive, de ce que Manz a appelé rétinite proliférante. On ne peut songer à un décollement rétinien ni à une tumeur.

De ce côté, l'acuité visuelle n'est que de 4/200; à droite, elle est de 20/200.

On essaye sans succès le traitement par l'iodure de potassium et la pilocarpine, en même temps que la cure antidiabétique. Au bout de quelques jours, de nouvelles hémorragies rétiniennes se produisent à droite.

L. GALLIARD.

De l'amblyopie congénitale, par G. MARTIN (*Annales d'oculistique, CV, p. 7*).

L'amblyopie congénitale n'est due ni à la neutralisation d'une image diffuse par le sensorium (Græfe), ni à une malformation anatomique d'après laquelle les fibres nerveuses s'accumuleraient au niveau de la macula (Abadie); c'est la conséquence d'une anesthésie spéciale de la rétine. Les rayons lumineux, ne se réunissant pas en foyer, sont incapables de développer le degré de sensibilité nécessaire pour le fonctionnement de la rétine. On peut rapprocher cette amblyopie congénitale par hypermétropie ou myopie, de l'amblyopie astigmatique. Cependant il faut aussi tenir compte du défaut d'usage et d'un certain degré de congestion rétinienne. Un œil, resté longtemps inactif, s'améliorera lorsqu'il sera utilisé, surtout lorsqu'on corrigera l'amétropie : il faut donc prévenir cette anesthésie par tous les moyens possibles, correction optique, opération du strabisme, iridectomie optique dans les cataractes zonulaires, etc.

F. DE LAPERSONNE.

Tuberculosi del nervo-ottico, par CIRINCIONE (*Giorn. di Neuropatol., VIII, fasc. 2*).

Il n'existe que trois cas de tuberculose du nerf optique (Cruveilhier, Hjort, Sattler). Le cas décrit par l'auteur se rapporte à un enfant mort de méningite tuberculeuse et qui présentait un ectropion cicatriciel par adhérences, consécutives à une gomme tuberculeuse. La tumeur faisait corps avec la partie postérieure du nerf optique; les gaines étaient détruites, les restes de tubes nerveux étaient dissociés par une infiltration d'éléments embryonnaires divisés en trois zones. Ce n'est que dans la troisième, la plus éloignée des tissus sains, que l'on rencontrait des masses caséeuses et de rares corpuscules lymphoïdes. On n'a pas trouvé de bacilles.

F. DE LAPERSONNE.

Beitrag zur Kenntniss der Sarcomerkrankung der Augenhäute (Contribution à la connaissance de la tuméfaction sarcomateuse des membranes de l'œil), par HEINBAUM (*Arch. f. Augenheilk., XXXVII, I*).

L'auteur relate trois cas de sarcome de l'œil : 1° dans l'un, il s'agit d'un mélanosarcome de la choroïde, caractérisé par le fait que les cellules pigmentaires donnaient la réaction d'hémosidérine, et par la présence, dans la tumeur, de cristaux d'hématoïdine ; 2° dans le second cas concernant une femme âgée de 40 ans, l'extirpation locale d'un mélanosarcome occupant le bord scléro-cervien était suivie de récidive de leuco-sarcomes. Malgré l'extirpation locale répétée des tumeurs et malgré l'exentération finale de l'orbite tout entier, sa malade succomba aux métastases généralisées.

3° Le 3e cas concerne un homme de 26 ans, qui après l'extirpation d'un leucosarcome siégeant sur la partie externe de la sclérotique, resta sain pendant sept ans, puis fut atteint d'une récidive occupant le bord scléro-cornéen. Cette fois il s'agissait d'un mélano-sarcome. Après son extirpation, le malade resta exempt de tuméfaction pendant neuf ans, jusqu'à sa mort.

L'auteur admet que, ni l'examen clinique ni l'examen anatomique de ces deux derniers cas ne présentaient des points de repère pour un pronostic de la marche si différente de l'affection. C'est ce qui concorde avec les expériences d'autres auteurs concernant les sarcomes épiscléraux.

Vu cette incertitude, la conservation d'un œil atteint d'une pareille tu-

meur et qui possède encore une certaine acuité visuelle est plus que justifiée. L'extirpation locale de la tumeur amène souvent une guérison définitive. Quant aux métastases générales, il n'est pas encore établi si elles peuvent être évitées plus sûrement par une énucléation que par une extirpation locale. ROHMER.

On the pathology of intraocular cysts, par T. COLLINS (*Roy. London opht. hosp. Reports, XIII, fasc.* 1, *p.* 41).

L'auteur a réuni une série de cas de kystes oculaires. Les deux premiers se rapportent à des kystes développés dans l'épaisseur de la cornée à la suite de blessure par arme à feu et d'opération de cataracte : la paroi interne du kyste présentait un revêtement épithélial incomplet; il semble que ces kystes ont été produits par la greffe de cellules épithéliales entraînées dans la cornée par le traumatisme.

D'autres observations ont trait à des kystes se développant soit dans l'épaisseur même de l'iris, soit entre les deux couches du pigment uvéal : ils sont consécutifs à anciennes iritis traumatiques. Enfin l'auteur relate neuf observations de kystes de la rétine de volume variable, depuis les simples espaces kystiques séparant les fibres de Müller, dans l'œdème rétinien, jusqu'à un volumineux kyste paraissant formé par une tumeur lymphatique comme dans un cas observé par Panas. F. DE LAPERSONNE.

Exophtalmie pulsatile par anévrisme artério-veineux, par KALT (*Bull. acad. de médecine*, 9 *juin* 1891).

Un homme, à la suite d'une chute sur la région occipitale, présente les signes d'une fracture de la base du crâne avec hémiplégie passagère. Le mois suivant surviennent de l'exophtalmie et des douleurs très vives, comparées par le malade à des coups de marteau. On constate que l'œil gauche proémine de 8 à 10 millimètres en avant de la base de l'orbite. Ptosis complet et paralysie de tous les muscles : mydriase, accommodation nulle, mais vision normale; à l'ophtalmoscope, pulsations veineuses. Battements synchrones au pouls dans la région supéro-interne de l'orbite, souffle continu avec redoublement systolique, disparaissant par la compression de la carotide au cou : légère anesthésie dans la zone de distribution de la branche ophtalmique et surdité du même côté. On diagnostique un anévrisme de la carotide dans le sinus caverneux gauche. La compression digitale ne donnant aucun résultat, on pratique la ligature de la carotide primitive. Aucun trouble nerveux; plaie cicatrisée au 8e jour. Cessation immédiate des battements et du souffle; depuis 15 jours, l'exophtalmie a diminué sensiblement, mais l'œil reste immobile. F. DE LAPERSONNE.

Fibrosarcome kystique du fond de l'orbite; extirpation avec conservation de l'œil, par BADAL (*Arch. d'ophtalm., XI, n°* 3, *p.* 193).

Une femme de 70 ans présentait des douleurs circumorbitaires avec exophtalmie allant en augmentant; mydriase, limitation des mouvements du globe avec diplopie, légère névrite optique. Bientôt on constate une tumeur de consistance fibreuse paraissant siéger très profondément dans l'orbite. Par la commissure externe largement incisée, on arrive sur la tumeur qui occupe la partie externe de l'orbite et semble englober le nerf optique : elle peut être isolée et énucléée sans intéresser les muscles ou le nerf optique,

mais on s'aperçoit alors qu'il existe plus profondément une tumeur dont l'extirpation est plus difficile encore; on finit par amener une tumeur kystique à parois minces qui était moulée sur le fond de l'orbite. L'examen histologique fait par Lagrange montre que la tumeur antérieure est un fibro-sarcome contenant peu d'éléments embryonnaires; la cavité kystique est formée de tissu fibreux adulte, sans revêtement endothélial, sorte de kyste par exsudation annexé à la tumeur. F. DE LAPERSONNE.

Ein begreuzter Orbitalabscess als Complication von Influenza (Abcès limité de l'orbite consécutif à l'influenza), par **L. BORTHEN** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1891).

Chez une fille de 14 ans, il s'est développé, vers le sixième jour après le début de l'influenza, une tuméfaction des paupières droites, qui rétrocéda au bout de quelques jours. Par contre, tout l'organe oculaire avait subi une légère protrusion en avant. Le bulbe était un peu en divergence et limité dans ses mouvements. Sur ce, il se développa sur les deux paupières, au niveau du ligament palpébral interne, une petite tuméfaction, sur laquelle on put sentir de la fluctuation. L'incision de la tumeur inférieure fit écouler du pus, après qu'on eut enfoncé le bistouri assez loin en haut et en arrière. L'état redevint normal. L'auteur pense qu'il s'agit d'un processus métastatique dans l'orbite, comme cela peut arriver aussi dans d'autres maladies infectieuses. ROHMER.

Ueber die Ergebnisse der Magnetoperation in der Augenheilkunde (Des résultats de l'application de l'aimant en oculistique), par **HIRSCHBERG** (*Archiv f. Opht., XXXVI*, 3).

L'auteur publie un rapport sur 100 cas d'extraction d'éclats de fer à l'aide de l'électro-aimant. Il compte 24 cas dans lesquels il a seulement exploré avec l'aimant l'intérieur de l'œil après un traumatisme, sans trouver de corps métallique. Dans 35 cas, l'éclat de fer siégeait dans les parties antérieures de l'œil. Il ne reste donc que 41 cas dans lesquels le corps étranger se trouvait dans les profondeurs de l'œil. Parmi ces 41 opérations, l'auteur prétend avoir obtenu 13 fois un succès, à savoir: 4 fois un plein succès, 3 fois un succès moyen (les malades comptent les doigts), et 6 fois un succès faible (conservation du globe). On voit donc que, à vrai dire, un bon résultat n'a été obtenu que 4 fois. Ce n'est pas fort encourageant, car les cas dans lesquels un éclat de fer est resté dans l'œil pendant bien des années et avec conservation d'une bonne acuité visuelle ne sont pas extrêmement rares. ROHMER.

Observations cliniques, par **FRAENKEL** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1891).

1° — L'auteur rend compte de l'enlèvement d'un morceau de bois qui était depuis 12 ans dans le cul-de-sac conjonctival et qui occasionnait du larmoiement et de l'infiltration cornéenne. — Il a vu aussi une anomalie de mouvement de la paupière pendant la mastication chez un enfant. Si l'enfant mâche en regardant en bas ou qu'il ouvre largement la bouche, sitôt la paupière gauche supérieure se soulève brusquement, en découvrant une grande partie de la sclérotique.

A la suite d'une brûlure de la face, la cornée droite était réduite par la suppuration à une étroite bandelette supérieure, tandis que le reste

de la membrane avait subi une dilatation staphylomateuse. Un an après le malade se représentait à nouveau, alors qu'il s'était formé un symblépharon. Celui-ci étant libéré, on vit que le staphylome avait totalement disparu.

2° — L'auteur rapporte des observations de fistule cornéenne, de cicatrice cystoïde sujette à variation, de sarcome de la glande lacrymale, de lipome de la conjonctive; puis un cas de déviation anormale, dans lequel, sitôt que l'un des yeux est recouvert, l'autre se dévie en dedans; trois cas de strabisme, dont on rectifia la vision par le port de verres prismatiques; deux cas de corps étrangers de la cornée; un corps étranger sous-cutané; une irido-kératite d'origine cachectique chez une femme de 54 ans atteinte de carcinome utérin, et une kératite de même origine chez une femme du même âge. ROHMER.

Die Elektrolyse in der Augenheilkunde (L'électrolyse dans la thérapeutique oculaire), par KAEMPFER (*Therap. Monatshefte, mars* 1891).

Dans le trachome, l'électrolyse peut faire disparaître les granulations, elle est aussi à recommander pour achever le traitement lorsqu'il persiste encore quelques lésions après le traitement habituel; dans les ulcères serpigineux de la cornée, l'électrolyse agit rapidement, mais elle est assez délicate à employer, en raison de l'immobilité du bulbe qui est nécessaire.

Mais le triomphe de l'électrolyse est le traitement des fistules du sac lacrymal, même lorsqu'il y a lésion osseuse. Les deux pôles accolés doivent être introduits dans la fistule. Le pus se modifie immédiatement et la fistule se ferme en peu de temps. L'électrisation unipolaire est à recommander lorsque la lésion marche vers la guérison, même succès contre le trichiasis.

Dans le traitement d'un cancroïde à marche lente, l'électrolyse échoua complètement. Kaempfer arriva à la cicatrisation en appliquant sur l'ulcération d'une façon permanente des tampons d'ouate imbibés d'une solution de sublimé à 1/5000 très souvent renouvelés.

PAUL TISSIER.

Sul valore terapeutico delle pioctanine in oculistica, par MARCHETTI (*La Riforma medica*, 30 *avril* 1891).

Les solutions de pyoctanine bleue de 1/2 à 1 pour 1,000 sont bien tolérées par l'œil; de même la pyoctanine jaune en poudre ou en crayon. La solution de pyoctanine bleue donne de très bons résultats dans la dacryocystite aiguë avec dénudation des os du nez; elle réussit souvent très bien dans la blennorrhée chronique du sac lacrymal, dont elle arrête ou modère la suppuration, dans les cas de vaste infiltration cornéenne avec perte de substance superficielle mais étendue; dans les cas de kératite avec hypopyon sans maladie des voies lacrymales, elle fait disparaître l'hypopyon; dans un cas de panophtalmie consécutive à l'opération de la cataracte, elle a arrêté la suppuration; elle a également donné de très bons résultats dans la panophtalmie consécutive à une blessure accidentelle de la cornée. La pyoctanine jaune en poudre ou en crayon a donné de bons résultats dans les eczémas des paupières et de la

face chez les enfants scrofuleux ; ses résultats ont été nuls dans la conjonctivite granuleuse. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Wirkung des Tuberculin... (Effets de la tuberculine sur la tuberculose artificiellement provoquée dans l'œil du lapin), par ALEXANDER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin et juillet* 1891).

II. — Erfahrungen über das Tuberculin... (Études sur la tuberculine faites à la clinique du professeur Schöler à Berlin), par W. ALBRAND (*Klin. Monats. f. Augenheilk., mai* 1891).

III. — Nachträgliche Bemerkungen... (Remarques sur un cas de tuberculose conjonctivale traité par la tuberculine), par W. ALBRAND (*Ibidem, mai* 1891).

I. — Les résultats des recherches anatomiques peuvent se résumer dans les quelques considérations suivantes :

1° Chez trois animaux inoculés, le processus tuberculeux dans l'œil n'a pas été arrêté par les injections de tuberculine, mais il a continué à progresser. Parmi les trois yeux sur lesquels on a inoculé la tuberculose dans la chambre antérieure, il est impossible de reconnaître si l'œil inoculé comme pièce de contrôle était plus avancé au point de vue du développement des granulations tuberculeuses et du pus;

2° La nécrose des tissus tuberculeux ne montre aucune différence autre que celle-ci, c'est que chez les animaux injectés avec la tuberculine on trouve de petites nécroses isolées dans les nodules tuberculeux ;

3° Il est remarquable de voir survenir des hémorragies dans les trois cas qui ont subi des injections, tandis qu'elles font défaut dans l'œil de contrôle;

4° La contenance en bacilles tuberculeux est variable chez ces trois animaux injectés, mais bien plus notable que chez l'animal qui n'a pas subi l'injection. Chez ce dernier, on n'a jamais rencontré dans l'œil de gros amas, tandis que dans les autres on voyait des masses de cultures pures. Les bacilles se trouvent dans tous les amas, même les plus anciens.

II. — Cinq cas d'yeux non tuberculeux furent traités par des injections de tuberculine ; dans 5 cas, il s'agissait plus ou moins de syphilis. Autant pour exclure le diagnostic de tuberculose, que pour faire l'essai de la substance, et pour savoir si ces sortes d'affections étaient influencées par une réaction pyrétique générale, on fit les injections dans ces 4 cas. Les quatre patients réagirent sous l'influence du remède à l'instar des personnes saines. C'est-à-dire, qu'à la suite d'une dose de 0,01 centigramme il y eut réaction générale sans symptômes locaux. Chez l'un des malades, il survint, trois jours après la dernière injection de 0,05 centigrammes, une récidive sur l'œil gauche déjà notablement amélioré : la papille apparut diffuse, les troubles du corps vitré augmentèrent, et aux deux yeux on vit apparaître une injection péricornéenne plus intense avec photophobie. En même temps, on traita les 4 cas par de l'atropine et des frictions mercurielles ; les trois premiers cas s'améliorèrent notablement, tandis que le quatrième resta sans amélioration. Le cinquième cas présenta toutes les apparences d'une tumeur caverneuse de l'orbite droite. Mais chez ce malade âgé de 5 ans, il y avait en même temps de nombreux ganglions du cou, ce qui laissait supposer la possibilité d'un processus tuberculeux de l'orbite. L'enfant réagissait à la tuberculine à la dose de 0,01 milligramme aussi bien localement que dans son état général.

III. — Ce cas avait d'abord été porté comme guéri à la suite d'injections de tuberculine lorsqu'au bout d'un mois de nouvelles manifestations tuberculeuses se montrèrent sur la conjonctive, avec infiltration consécutive des cicatrices sous-jacentes des joues. Au bout d'un mois, il apparut chaque matin une sorte de crampe dans les muscles des paupières, à tel point qu'il fallait au moins cinq minutes à la malade pour ouvrir ses yeux, puis la conjonctive s'injecta et sécréta abondamment. L'état général cependant continuait à prospérer, sans douleurs à l'œil malade. Un peu plus tard, la cicatrice de la joue s'indure. L'inflammation conjonctivale augmente et devient légèrement granuleuse; la paupière s'indure même, et malgré cela, se laisse retourner assez facilement. A l'angle externe, on voit sur la conjonctive oculaire, une proéminence de 4 millimètres de diamètre, blanchâtre, arrondie, entourée de petites granulations et de vésicules grosses comme un grain de chénevis. On excise le tubercule et on cautérise les autres petites tumeurs ; et dans la partie excisée on trouve, non seulement le tissu tuberculeux spécifique, mais encore de nombreux bacilles. La guérison se fit à la suite de cette intervention. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Note sur un procédé de palatoplastie en deux séances, par POLAILLON (*Bull. acad. méd.*, 1er *septembre* 1891).

Polaillon rapporte cinq cas de pertes de substance ou de divisions congénitales du voile du palais et de la voûte palatine, dont il a obtenu la guérison par le procédé des lambeaux latéraux, qu'il exécute en deux séances, séparées par un intervalle de 24 ou de 48 heures.

En dédoublant l'opération, on en diminue les difficultés et on en assure même la réussite.

Dans la première séance, on trace les deux incisions latérales et on décolle de chaque côté la muqueuse jusqu'à la perforation, en rasant bien les os du palais. L'hémorragie est arrêtée par compression ou par cautérisation.

La seconde séance a lieu le lendemain ou le surlendemain. Les lambeaux se sont légèrement tuméfiés et tendent à se rapprocher sur la ligne médiane. Les bords de la perte de substance sont avivés et facilement suturés, l'écoulement du sang étant insignifiant.

L'anesthésie par la cocaïne suffit généralement. OZENNE.

Zur Ætiologie der Angina follicularis, par SENDTER (*Münch. med. Woch.* 30 *juin* 1891).

Dans cinq cas d'angine folliculaire typique et dans un cas d'angine phlegmoneuse, l'auteur a réussi à isoler un streptocoque qui s'y trouvait à l'état de pureté presque complète. Ce micro-organisme ne pouvait être différencié par ses cultures et ses inoculations du streptocoque pyogène et de celui de l'érysipèle. La présence de ce microbe extrême-

ment pathogène pour l'homme, explique que certains cas se croient terminés par la mort par pyohémie, elle éclaire aussi le cas d'érysipèle migrateur débutant par une angine folliculaire et le fait qu'à la clinique de Breslau, indemne de fièvre puerpérale pendant quatre ans, on vit en 1887, à la suite d'une épidémie d'angines plus ou moins graves, survenir quatre cas de septicémie puerpérale mortelle. C. LUZET.

Anatomie et physiologie des amygdales; de leur rôle dans l'absorption des produits infectieux, par Eug. HODENPYL (*The Am. j. of the med. sc., p.* 257, *mars* 1891).

Les amygdales sont des organes lymphoïdes, clos, ressemblant aux glandes de Peyer du petit intestin, constituées par une agglomération de follicules clos séparés les uns des autres par des tissus lymphoïdes et rangés au fond de dépressions tapissées d'épithélium et formant de véritables cryptes. Aucune des théories mises en avant pour exposer les fonctions des tonsilles n'est satisfaisante. Elles ne produisent aucune sécrétion physiologique. Elles ne sont nullement des organes d'absorption. Dans les conditions ordinaires, elles n'absorbent aucun des fluides ou aucune des particules solides qui sont dans la bouche; elles n'empruntent non plus aucun des éléments contenus dans les tissus immédiatement contigus.

L'amygdalite tuberculeuse est une affection très rare. Il est difficile de démontrer que la tuberculose pulmonaire puisse résulter de l'absorption du bacille de la tuberculose puisé dans la bouche par les amygdales.

La desquamation épithéliale des amygdales rend compte de la voie que peut suivre la contagion diphtéritique pour arriver à se généraliser et à envahir tout l'organisme. F. VERCHÈRE.

Ueber secundäre Erkrankungen der Mandeln (Des lésions secondaires des amygdales et des follicules de la base de la langue chez les phtisiques) par DMOCHOWSKI (*Zieglers' Beiträge z. path. Anat. X*, 5, *p.* 481, 1891).

La tuberculose secondaire des amygdales est extraordinairement fréquente; elle serait presque constante dans les phtisies ulcéreuses. Celle des follicules de la base de la langue est à peu près aussi fréquente. Le mode d'infection direct est évident : les bacilles pénètrent dans les follicules de l'amygdale, dans ceux de la base de la langue et provoquent des altérations d'abord superficielles, puis de plus en plus profondes. L'épithélium, le sinus lymphatique, le follicule entier sont successivement envahis; on observe ensuite une infection des vaisseaux lymphatiques et des ganglions de l'angle de la mâchoire. Aux amygdales, l'infection tuberculeuse provoque fréquemment l'ulcération et même la formation de véritables cancers. A la base de la langue, il s'agit le plus souvent d'érosions plus superficielles. C. LUZET.

De la contagion dans l'amygdalite aiguë, par RICHARDIÈRE (*Semaine méd.*, 2 *septembre* 1891).

Richardière rapporte quelques faits probants en faveur de la nature contagieuse de l'amygdalite, une série de quatre cas développés dans la salle de son service après l'admission d'une malade avec angine, une

petite épidémie de famille. D'après ces quelques cas, la contagion semble s'exercer par l'air ambiant; elle est facilitée par l'âge des sujets, des atteintes antérieures, un état maladif. Richardière insiste sur les mesures prophylactiques à prendre et rappelle les travaux, sur ce sujet, de Landouzy (*Progrès médical*, 1883) et Dubousquet-Laborderie (*Cong. Assoc. franç. Nancy*). A. CARTAZ.

Polype fibreux de l'amygdale développé pendant la grossesse, par LEFOUR (*Journ. de méd., Bordeaux*, 19 *avril* 1891).

Femme de 29 ans, enceinte de 6 mois environ. Vers le deuxième mois de la grossesse, apparition, au sommet de l'amygdale droite, d'une petite grosseur blanchâtre qui s'est peu à peu développée en prenant les dimensions et la forme d'un pépin de poire de moyenne grosseur. La tumeur excisée ressemble à une poire un peu aplatie, mesure 2 centimètres de longueur, 6 à 7 millimètres de largeur et 4 millimètres d'épaisseur. Au microscope on reconnaît qu'il s'agit d'un polype fibreux. OZENNE.

I. — Ueber einen Fall von Exstirpation eines primären Carcinoms der Tonsille, par J. WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, *p.* 401, 20 *avril* 1891).

II. — Même sujet, par W. KŒRTE (*Ibidem*, *p.* 401 *et* 402).

I. — Observations favorables à l'ablation intra-buccale des cancers amygdaliens :

Le malade de Wolff est un homme de 45 ans, à hérédité cancéreuse, qui avait un cancer de l'amygdale gauche et de la portion attenante du voile palatin et du pharynx. La tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, était ulcérée superficiellement. Ablation intra-buccale, la tête pendante, le 3 octobre 1889.

Pour atteindre les tissus sains, il fallut enlever toute la moitié gauche du voile jusqu'à la luette. Pas trace de récidive dans les quinze mois écoulés depuis l'opération; parole et déglutition se faisant normalement.

II. — Koerte a opéré, exactement de la même façon, il y a 6 1/2 ans, un homme de 51 ans ayant un cancer ulcéré de la moitié gauche du voile palatin et de l'amygdale correspondante. Trois mois après l'opération, eut lieu une première récidive dans les ganglions cervicaux droits ; sept mois plus tard, une deuxième dans les ganglions cervicaux gauches; enfin, six ans et quatre mois après l'ablation de la tumeur, troisième récidive ganglionnaire au-dessus de la clavicule gauche qui a donné lieu comme les précédentes à une opération. J. B.

Die Hypertrophie der Zungentonsille und ihre Behandlung (L'hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement), par SCHAEDE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13, *p.* 325, 30 *mars* 1891).

Schaede relate quatre observations d'hyperplasie du tissu lymphatique de la base de la langue (*R. S. M.*, XXXI, 194; XXXII, 278 et 636), toutes chez des femmes. Cette hypertrophie peut être diffuse ou au contraire bornée à quelques-uns des follicules clos; d'autre part, elle peut coexister avec l'hypertrophie d'autres segments de l'anneau lymphatique pharyngien de Waldeyer ou au contraire avec leur atrophie, ainsi que Schaede en rapporte un cas.

Bien que cette hyperplasie des follicules de la base de la langue puisse se rencontrer dans les deux sexes, et à tous les âges, il semble résulter

des observations de Schaede qu'elle ne se traduit par quelques troubles morbides que chez les femmes. Le contact intime entre les follicules hyperplasiés et l'épiglotte ne suffit pas pour que les malades se plaignent. Il semble qu'il faille, en outre, soit un certain degré d'irritabilité générale, soit un genre d'occupation (chant par exemple) qui fixe l'attention du malade sur l'état de sa gorge.

Un certain nombre de paresthésies gutturales imputées au globe hystérique sont sous la dépendance de cette hypertrophie des follicules clos de la base de la langue.

L'emploi du galvanocautère doit être borné aux cas où la saillie des follicules est trop faible pour fournir prise à l'anse coupante.

L'anse à froid sera employée quand l'hypertrophie est molle et l'anse galvanocaustique dans les autres circonstances.

L'électrolyse n'a donné que de mauvais résultats à Schaede. Sur 18 malades opérés par Michelson ou par Schaede, 2 seulement qui, étaient des neurasthéniques, n'ont pas été guéris par l'ablation du tissu hypertrophié. J. B.

Du redressement des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée, par John O. ROE (*N. York med. Record*, 18 juillet 1891 et *Arch. int. de laryng.*, *IV*, 5).

Roe publie trois observations avec figures à l'appui, démontrant les heureux résultats obtenus par son procédé dans les déformations angulaires d'origine congénitale ou traumatique. Après anesthésie par injections hypodermiques de cocaïne et introduction de tampons à la cocaïne dans les narines, il fait une incision linéaire sur toute la paroi supérieure de la narine, juste en avant de l'os nasal, entre cet os et le cartilage latéral supérieur de la narine; l'incision va jusqu'à la face inférieure de la peau. Celle-ci étant libérée et soulevée par l'extérieur, on glisse une paire de ciseaux et on sectionne l'éminence osseuse. Lavages et insufflations antiseptiques.

Suivant les cas, l'opération est modifiée, mais le point essentiel, l'attaque de l'arête anguleuse par la cavité nasale, sans lésion du tégument, est le point fondamental. A. CARTAZ.

Contribution à l'anatomie pathologique des fosses nasales, par GRADENIGO (*Ann. mal. de l'or.*, *août* 1891).

Gradenigo a examiné les cavités nasales et accessoires de 103 cadavres pris au hasard, tous adultes, sauf 4. Sur 33, il a rencontré des lésions congénitales : orifices accessoires du sinus maxillaire, 17; crête de la cloison, 12; appendices pédonculés sur le cornet inférieur, 1; fusion des cornets inférieur et moyen, 1; bandes longitudinales sur le cornet inférieur, 1; bulle ethmoïdale saillante, 1.

Sur 73 de ces sujets, il a trouvé des lésions pathologiques, la plupart non décelées par quelque signe pendant la vie. Il existait chez 18 de l'hypertrophie de la muqueuse de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, chez 7 de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieur et moyen, chez 4 des polypes de l'hiatus semi-lunaire, chez 19 de l'empyème du sinus maxillaire, dont 6 bilatéral; 11 fois de l'hyperémie nasale, 2 fois une perforation de la cloison, 2 fois de la tuberculose, 2 lupus, 5 suites d'ozène, 3 carcinomes.

Les lésions tant congénitales que pathologiques étaient prédominantes à gauche, mais souvent bilatérales : 60 fois sur ces 103 cas. A. CARTAZ.

Zwei Faelle von congenitalem Verschluss der Nase (2 cas d'occlusion congénitale des fosses nasales), par SCHWENDT (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 6, p.* 171, 15 *mars* 1891).

1° Femme ayant, dès la naissance, les deux narines postérieures fermées par des lames osseuses situées à un demi-centimètre en avant du rebord des narines. En décembre 1888, opération pour ouvrir ces narines. Un galvanocautère recourbé en crochet est introduit par le pharynx nasal. Deux ans après l'opération, les orifices artificiels se sont très bien maintenus; l'ouïe s'est notablement améliorée et l'odorat commence à reparaître; la voix a le timbre nasal.

2° Crâne d'un homme de 53 ans offrant les anomalies suivantes : atrophie des parties molles du nez; absence complète de narine droite. Moitié droite du trou piriforme complètement obturée par une lame osseuse qui se continue avec la cloison cartilagineuse et le vomer, et se prolonge sans discontinuité sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur. En revanche, cette lame osseuse est séparée par une suture du nasal droit. Les méats, les sinus, les cornets et le rebord des narines postérieures sont aussi développés à droite qu'à gauche.

La lame osseuse qui oblitère la narine antérieure droite doit être considérée comme un excès de développement de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; elle n'offre aucune altération morbide. J. B.

The treatment of an acute attack of hay fever, par J. GLUCK (*New York med. record, p.* 564, 16 *mai* 1891).

L'auteur commence par un badigeon avec la solution de cocaïne phéniquée; puis il applique un coton imbibé d'une solution à 1 0/0 de sulfate d'atropine. Il prescrit enfin à l'intérieur de faibles doses d'aconitine. Il y joint le plus souvent un traitement tonique au phosphate de fer et à la quinine. Dès le second jour, amélioration. La guérison ne tarde pas au delà de quatre à cinq jours. P. DUFLOCQ.

Dilatation of sphenoidal sinus, par Jackson CLARKE (*Pathol. Soc.; British med. journ.*, 12 *décembre* 1891).

Enfant de 13 ans; fracture communitive du frontal dont il guérit. Deux mois après, épistaxis graves répétées, mort à la suite d'une hémorragie.

A l'autopsie, sinus sphénoïdal dilaté rempli de caillots, communiquant directement par un orifice avec la carotide gauche. Pas de traces de fracture de la base du crâne ou d'épine osseuse lésant l'artère. Le sinus sphénoïdal contenait en plus un petit polype myxomateux. A. C.

Ichthyol in atrophic rhinitis, par D. PHILIPPS (*N. York med. journ., p.* 563, 16 *mai* 1891).

L'auteur a traité, dans 22 cas, la rhinite atrophique par une solution d'ichthyol à 5 0/0 dans la kéroline.

Dans tous les cas, sauf dans un seul, l'amélioration s'est manifestée après la seconde application; la formation des croûtes a cessé au bout de 8 à 10 jours.

Quand l'odeur est très opiniâtre, elle peut persister 3 ou 4 semaines;

mais, en général, elle disparaît après une semaine; aussi les malades se considèrent-ils comme radicalement guéris.

Avant l'application de l'ichthyol, qui doit être faite à l'aide de l'ouate, il convient de pulvériser une solution alcaline et d'imbiber de cette solution un bourdonnet d'ouate qui sert à nettoyer les fosses nasales. Celles-ci doivent être ensuite séchées. Les malades doivent se soumettre matin et soir aux pulvérisations alcalines.

On peut ajouter à l'ichthyol un peu d'eucalyptol ou de menthol.

L. GALLIARD.

Zur acuten infectiœsen Phlegmone des Pharynx, par Joseph SAMTER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 18, *p.* 441, 4 *mai* 1891).

Homme de 38 ans, sujet aux catarrhes de la gorge. Le 22 octobre 1879, après avoir mangé la veille au soir des saucisses qui lui avaient déplu, il est pris d'angine avec rougeur vive et gonflement de l'isthme. Dans la nuit du 23 au 24, insomnie avec un peu de délire; le lendemain matin, début d'érysipèle de la face.

Le 25, rétrocession de l'angine. Fièvre intense. Ictère du tronc; urines foncées; vives douleurs au niveau du foie et de l'estomac. Foie très volumineux et très douloureux à la palpation. L'érysipèle a envahi toute la tête.

Dans la nuit du 26 au 27, douleurs intenses dans le mollet droit et épistaxis considérables. Le 27, phlegmon du mollet, prostration, délire; persistance de l'ictère et des douleurs hépatiques au milieu d'une fièvre intense (40°). L'érysipèle de la tête a pâli. Le 28, fluctuation obscure dans la profondeur du mollet. Le lendemain, incision donnant jour à un pus fétide. Mort à 7 heures du soir. Dès le lendemain, putréfaction cadavérique extrême, rendant l'autopsie impossible. (*R. S. M.*, XXXII, 278.) J. B.

Enuresis nocturna bei Mundathmen, par O. KŒRNER (*Centralblatt für klin. Med.*, *n°* 23, *p.* 417, 1891).

Chez une jeune fille de 19 ans et chez une enfant de 3 ans, l'ablation de végétations adénoïdes obstruant le pharynx nasal et s'opposant à la respiration nasale, a suffi à faire disparaître une incontinence d'urine nocturne rebelle à tout traitement. Ces faits viennent à l'appui des observations de Major, qui avait signalé la relation entre l'incontinence nocturne d'urine et la respiration buccale. La respiration incomplète, qui se fait par la bouche, cause probablement une sorte d'intoxication par l'acide carbonique; celle-ci, chez les enfants faibles ou prédisposés, amène l'expulsion de l'urine. LEFLAIVE.

Un caso di gozzo aereo, par Luigi PELLEGRINI (*Riforma med.*, *n°* 151, *juillet* 1891).

Observation de goitre aérien survenue depuis une année chez un homme de 29 ans, joueur de clarinette ; c'est à la suite d'efforts pour se moucher et pour jouer qu'est survenue la tumeur située dans la région sus-hyoïdienne, à gauche ; elle mesure 7 centimètres sur 4 ; elle est tympanique, réductible. Pas d'altération de la voix.

Pellegrini discute la pathogénie de ces trachéocèles et se demande si l'on ne pourrait admettre qu'elles surviennent à la suite d'un hygroma ou d'une cavité accessoire préexistante. Il ne semble pas connaître le travail de Petit sur cette question (*R. S. M.*, XXXIII, 278). A. CARTAZ.

Tracheal syphilis, par J. WRIGHT (*N. York med. journ., p.* 672, 13 *juin* 1891).

Dans ces deux cas, le diagnostic n'a reposé que sur les constatations anatomiques; encore celles-ci ne sont-elles pas à l'abri de toute critique.

1° Femme de 33 ans, n'ayant rien dans les antécédents qui puisse faire songer à la syphilis.

Elle tousse depuis 4 mois, crache des mucosités, parfois du sang; depuis six semaines, douleurs de gorge et dyspnée; depuis quelques jours, aphonie. On découvre au laryngoscope des ulcérations trachéales qu'on attribue à la tuberculose; il y a des signes d'induration du sommet gauche. Deux semaines plus tard, trachéotomie; mort deux mois après l'opération.

Autopsie. — Le poumon gauche présente de la pneumonie interstitielle (pneumonie syphilitique). La plèvre est épaissie. Nécrose des cartilages de la trachée, épaississement des parois trachéales, ulcérations étendues et irrégulières. L'auteur ne parle ni du foie ni des autres organes. Pas de recherche des bacilles.

2° Femme de 45 ans, considérée comme tuberculeuse. Au point de vue de la syphilis, son histoire est nulle.

Trachéotomie. Mort. On trouve la trachée ulcérée sur toute sa longueur. Sténose presque complète à 2 pouces au-dessous du larynx. Plèvre adhérente au sommet gauche, où l'on constate des nodules calcifiés. Le lobe moyen, à droite, est consistant et présente une coloration gris rouge.

Les autres organes sont normaux ou sans lésions intéressantes.

L. GALLIARD.

Cancer primitif de la trachée, par PICK (*Wien. med. Woch.*, n° 4, 1891).

Ce cas, très rare, peut ainsi se résumer : un homme de 37 ans se plaint de dyspnée constante et croissante. Le laryngoscope révèle de la rougeur et du gonflement de la muqueuse laryngée dans sa portion sous-glottique. Le 25 août 1890 la trachéotomie est pratiquée, mais n'amène pas un soulagement immédiat : on est obligé de recourir à une canule trachéale beaucoup plus longue que d'habitude pour rendre la respiration libre. Pourtant, à partir de cette date, amélioration soutenue, au point que le 13 octobre on enlève la canule. Deux jours après, retour d'un accès de dyspnée excessif : le malade meurt avant qu'on n'ait eu le temps de réintroduire la canule.

A l'autopsie, on trouva la trachée complètement enclavée dans une masse cancéreuse qui s'étendait jusqu'à la colonne vertébrale et englobait l'œsophage; le larynx et les poumons étaient indemnes. Le néoplasme paraissait avoir pris son origine dans les couches profondes de la muqueuse trachéale.

H. R.

Ueber die Beziehungen des Chorditis vocalis... (Des rapports de la chordite vocale inférieure hypertrophique avec le rhinosclérome), par A. BANDLER (*Zeitschrift für Heilkunde, XII, p.* 227, 1891).

On a déjà identifié le rhinosclérome et l'hypertrophie de la muqueuse du larynx ou de la trachée qui aboutit à leur sténose; cette conclusion s'impose d'une manière absolue en présence des résultats des recherches bactériologiques. Il est vraisemblable que l'on doit rattacher au même groupe toutes les maladies du larynx et de la trachée à marche chronique qui se traduisent par l'existence de bourrelets hypertrophiques durs et grisâtres, toutes les fois du moins que l'on ne pourra les rattacher à une autre affection locale ou générale.

Il serait à souhaiter que l'on abandonne le terme de chorditis vocalis inferior hypertrophica, pour le remplacer, à l'exemple de Chiari, et suivant la région atteinte, par les termes de laryngo, de trachéo ou de bronchosclérome. LEFLAIVE.

2 cas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne; essai du traitement mécanique, par LANDGRAF (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 15, 5 *janvier* 1891).

1[er] *cas.* — Homme de 41 ans, en 1867, chancre sans phénomènes consécutifs ; le 28 mai 1887, en mangeant, il a brusquement la sensation qu'une bouchée s'arrête dans sa gorge, et il devint enroué.

État le 11 *octobre.* — Aucune adénite. Durant l'émission prolongée de la lettre A, on ne sent de vibrations que du côté droit du larynx. Pression douloureuse au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne droite. Cordes vocales supérieures épaissies ainsi que la région de l'articulation aryténoïdienne droite. La corde inférieure droite semble plus courte mais non plus grêle que la gauche; elle reste complètement immobile pendant la respiration et la phonation. Le diagnostic hésitait entre une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit et une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. Landgraf cocaïnisa le malade et essaya, mais en vain, de porter la corde vocale droite en dehors à l'aide d'un stylet. Il s'agissait donc d'une ankylose articulaire due à une périchondrite syphilitique. L'administration prolongée d'iodure de potassium amena une légère amélioration, mais le malade ne toléra pas le traitement mécanique fait conjointement avec une pince de Mackenzie.

2[e] *cas.* — Femme de 40 ans; en 1884, déglutition douloureuse pendant un certain temps; en mai 1886, début d'enrouement. En juillet 1888, Landgraf constate une tuméfaction considérable du cartilage aryténoïde gauche et une immobilité absolue de la corde vocale correspondante qui paraissait un peu grêle. Il essaya sans succès, pendant deux mois, de mobiliser l'articulation crico-aryténoïdienne ankylosée. J. B.

Gomme syphilitique du cartilage cricoïde, par MOURE (*Journ. de méd., Bordeaux,* 26 *juillet* 1891).

Homme de 70 ans, chez lequel on ne relève aucune trace de syphilis antérieure. Depuis un mois, développement au niveau de l'isthme du corps thyroïde d'une grosseur dure, presque immobile et indolente ; en quelques jours, elle atteint le volume d'une petite orange, se ramollit et s'abcède en donnant issue à un liquide clair, de consistance gommeuse; actuellement cette tumeur, située au niveau du cartilage cricoïde, offre la grosseur d'une demi-orange; elle présente une vaste ulcération creuse à fond bourbillonneux, à base dure presque cartilagineuse. Amélioration très rapide par le traitement biioduré.

OZENNE.

Contributo allo studio di alcune forme di stenosi laringea cronica, par J DIONISIO (*Arch. ital. di laring.*, *XI*, 3).

Dionisio étudie, dans ce travail, les diverses formes de sténose laryngée chronique décrite sous le nom de chordite hypertrophique, de laryngite sous glottique hypertrophique, etc... et il admet que ce ne sont que des modalités d'un même processus, le sclérome, dû à une bactérie uniforme. Dans l'observation qu'il publie, il existait une hypertrophie des fausses cordes qui amenait un rétrécissement prononcé ; une

parcelle du tissu enlevé fit reconnaître la présence du bacille du rhinosclérome. A. CARTAZ.

Tuberculoese Larynxgeschwülste (Tumeurs tuberculeuses du larynx) par AVELLIS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 973, 1891).

On observe dans le larynx des tumeurs qui ont l'aspect des papillomes ou des fibromes des cordes vocales ou des tumeurs sous-muqueuses, qui se distinguent absolument des végétations développées sur les surfaces ulcérées et qui sont en réalité des tumeurs tuberculeuses.

Elles siègent habituellement dans le ventricule de Morgagni ou sur la paroi postérieure du larynx; plus rarement sur les cordes vocales supérieures, presque jamais sur les cordes inférieures. Elles sont recouvertes de muqueuses non ulcérées, rougeâtres, quelquefois grisâtres ou gélatineuses, pourvues d'un large pédicule. Elles contiennent des cellules géantes et des bacilles tuberculeux.

C'est généralement chez les jeunes sujets qu'on les observe; elles se développent lentement, restent indolentes, se trahissent simplement par la raucité de la voix, dans certains cas par des signes de sténose laryngée. Comme elles peuvent exister sans détermination pulmonaire, on doit les considérer comme caractérisant une variété de phtisie laryngée initiale.

Il faut donc penser à la tuberculose quand on est en présence de polypes laryngés simples en apparence.

Le meilleur traitement est l'extirpation.

L'auteur publie treize faits personnels. L. GALLIARD.

Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung (Paralysies unilatérales du larynx), par G. AVELLIS (*Berliner Klinik*, *octobre* 1891).

Travail statistique de la clinique de Moritz Schmidt, comprenant 150 cas de paralysies unilatérales du larynx, 106 chez l'homme, 44 chez la femme; sur ces 150 cas, 85 ont guéri. La paralysie siégeait 46 fois à droite, 92 fois à gauche.

Parmi les causes déterminantes de ces paralysies, on a pu relever, sur 85 cas, les lésions suivantes: infiltration du sommet, 12; tumeurs du cou, 7; abcès du cou, 2; goitre, 14; péricardite, 1; tumeur de l'œsophage, 5; anévrisme, 24; lésion cérébrale, 5; opération de goitre, 1; trachéotomie, 1; syphilis, 4; lésion congénitale, 1; névrose, 2; pleurésie sèche, 2; diphtérie, 1, etc.

Avellis signale également 12 cas de paralysie bilatérale.

Sur les 150 cas de paralysie unilatérale, il existait 10 fois de la paralysie du même côté du voile du palais. A. CARTAZ.

I. — Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Bronchien, par SPRENGEL (*Cent. für Chir*, 4 *avril* 1891).

II. — Corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois; laryngotomie, par PÉRIER (*Bull. Acad. de méd.*, 9 *juin* 1891).

III. — Removal of large fragment of glass from larynx after lodgement for twenty-one months, par Ch. RANSOM (*New York med. record*, *p.* 478, 25 *avril* 1891).

I. — Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, qui avait avalé une perle de verre

allongée, et chez qui l'auscultation révèlait du côté droit un murmure respiratoire un peu augmenté, et du côté gauche une respiration à peine perceptible, presque abolie. On posa le diagnostic : « corps étranger de la bronche gauche ». Mais la trachéotomie permet de constater que la perle remplit, par sa face supérieure, toute la lumière de la trachée. Or, pour interpréter les phénomènes d'auscultation, il fallait supposer que, placée à la bifurcation de la trachée, la perle se prolongeait par son extrémité inférieure effilée dans la bronche droite et que l'air pouvait y pénétrer à travers la cavité creusée dans la perle ; la suppression de la respiration à gauche pouvait s'expliquer par la présence du corps étranger, placé en travers de la bronche correspondante. ARNOULD.

II. — Enfant de 13 ans. Accès de suffocation à la suite de l'ingestion d'un os arrêté dans la gorge ; quatre heures après l'accident, trachéotomie suivie d'une broncho-pneumonie, qui dure une quinzaine de jours. Aphonie complète ; respiration impossible sans la canule. A l'examen laryngoscopique on constate, dans la portion sous-glottique du larynx, l'existence du corps étranger, que l'on ne peut extraire par la voie laryngée.

La laryngotomie est pratiquée 37 jours après l'accident. Le larynx ouvert sur la ligne médiane, on arrive sur le corps étranger, dont l'extraction est difficile en raison de sa forme et de ses aspérités. C'est un fragment d'os plat, de forme triangulaire, mesurant 2 centimètres dans sa plus grande longueur.

Pendant cette opération, qui a été suivie de réunion par première intention, on ne s'est pas servi de la canule à tamponnement, mais d'une solution d'analgésine, comme agent hémostatique ; à aucun moment il n'y a eu d'écoulement sanguin gênant. OZENNE.

III. — L'auteur retire d'un larynx un fragment de verre à boire qui se présentait de profil dans la cavité laryngienne.

Les dimensions du corps étranger de forme triangulaire sont respectivement pour les trois côtés 7/8 de pouce, 1 pouce et 1 pouce 1/4. Ce morceau de verre était resté en place vingt et un mois et dix jours. Comme symptômes, après la suffocation du début, toux fréquente, diminution jusqu'à disparition de la voix, expectoration muqueuse. P. DUFLOCQ.

Foreign bodies in the bronchi (Corps étrangers des bronches), par RUSHMORE (*N. York med. journ.*, *p.* 85, 25 *juillet* 1891).

Un clergyman, âgé de 41 ans, avale, le 18 avril, un bouchon de bouteille large d'un demi-pouce, haut de 7/8 de pouce, et peut cependant prêcher le lendemain. Les symptômes généraux et locaux permettent de diagnostiquer l'obstruction de la bronche gauche.

Le 23, trachéotomie préliminaire, puis tentative faite avec le forceps œsophagien de Tiemann.

Le 29, introduction d'un tube conducteur, puis d'un fil métallique enroulé à son extrémité à la manière d'un tire-bouchon. On pénètre dans le corps étranger, mais l'extraction est impossible. L'auteur se dispose à attaquer la seconde côte, après incision de la peau et des muscles, quand il s'aperçoit que la cyanose, la faiblesse du pouls, le défaut de résistance de l'opéré vont causer une catastrophe immédiate. Il se hâte donc de suturer la plaie et de réveiller l'opéré qui a été anesthésié à l'aide de l'éther.

Mort le 3 mai. A l'autopsie, valvules aortiques athéromateuses, épaissies. Poumon gauche rétracté. Le bouchon est fixé dans la bronche gauche dont la muqueuse est hyperémiée et même en partie mortifiée. Le bouchon présente deux petits orifices distincts dus à la pénétration de l'instrument et un fragment prêt à se détacher.

L'auteur est persuadé qu'il aurait réussi à extraire le corps étranger

s'il avait pu exercer une traction directe au lieu de la traction oblique commandée par la disposition des parties. Il risquait fort de perforer la bronche avec son tire-bouchon. L. GALLIARD.

Fracture of the thyreoid cartilage; recovery, par BRIDDON (*N. York med. journ.*, *p.* 433, 11 *avril* 1891).

Homme de 38 ans ayant eu la tête déprimée par un ascenseur et le menton refoulé contre le thorax ; immédiatement après l'accident, violente douleur au cou, gonflement du cou et de la face à droite, cyanose. Apporté à l'hôpital, le malade a une toux convulsive et crache des mucosités sanguinolentes ; aphonie, déglutition difficile ; emphysème sous-cutané s'étendant rapidement au cou, à la face et au thorax.

On diagnostique une fracture du cartilage thyroïde.

Dans l'après-midi, cyanose, dyspnée nécessitant la trachéotomie. On constate que le trait de fracture passe entre les deux ailes du cartilage thyroïde complètement ossifié ; il y a également déchirure de la membrane crico-thyroïdienne. Suture des deux fragments à l'aide d'un simple fil d'argent.

Au bout de trois jours, disparition de l'emphysème. Le onzième jour, on enlève la canule. Un peu de raucité de la voix.

Guérison complète vers le quinzième jour. L. GALLIARD.

I. — Ueber Papillome in den oberen Luftwegen (Papillomes des voies aériennes supérieures), par THOST (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 447, 1890),

II. — Fälle von multiplen Larynxpapillomen bei Kindern, par BORNEMANN (*Ibidem*, *n°* 15, *p.* 529, 1891).

I. — On observe chez les enfants des papillomes laryngés qui récidivent avec une grande facilité jusqu'au moment où, par l'effet de la puberté, le larynx s'agrandit. Ces papillomes, qui sont des productions épithéliales bénignes, s'accompagnent toujours de catarrhe chronique des fosses nasales et d'hypertrophie amygdalienne.

Les papillomes se montrent surtout dans les régions où l'épithélium se rapproche de l'épiderme, où l'épithélium stratifié délicat se transforme en épithélium stratifié épais.

L'auteur distingue les différentes conditions étiologiques des papillomes du larynx : catarrhe chronique, tuberculose, syphilis, lèpre et même fibrome et carcinome.

Le papillome peut coïncider avec le carcinome : c'est plutôt une coïncidence qu'une transformation de tumeur bénigne en tumeur maligne.

II. — L'auteur publie quatre cas de papillomes multiples du larynx chez l'enfant ; un des malades a succombé.

Ces papillomes peuvent être congénitaux ; on les observe surtout pendant la première année de la vie ; les garçons s'y montrent plus prédisposés que les filles. On les découvre dans toutes les régions du larynx indistinctement. Ils se présentent sous forme de mûres, de choux-fleurs ou crêtes de coq ; ils croissent avec une grande rapidité et, après l'extirpation, ont une tendance marquée à la récidive. Ils peuvent succéder au catarrhe aigu du larynx, ou à l'hyperémie chronique, ou aux laryngites des fièvres éruptives. La scrofule, la tuberculose, la syphilis ne paraissent pas avoir d'influence pathogénique directe.

Les symptômes sont plus accusés et les accidents plus graves que chez

l'adulte, étant données les dimensions restreintes de l'organe. Le diagnostic est difficile puisqu'on ne peut pratiquer, en général, l'examen au laryngoscope : on suppose l'existence des papillomes multiples quand on voit les signes de rétrécissement laryngé se développer lentement, progressivement pendant des mois. Il arrive parfois que des fragments de papillomes soient rejetés par les secousses de toux, pendant les accès.

Le pronostic varie avec les allures des papillomes dont le développement n'est pas uniformément rapide. Il est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes. Dans tous les cas, il est sérieux.

L'extirpation ne doit pas être pratiquée, d'après l'auteur, dans les cas récents (à moins d'urgence). Les papillomes de fraîche date ont en effet plus de tendance à récidiver rapidement que ceux que le larynx a tolérés longtemps. Il faut donc temporiser si l'on peut.

On s'abstiendra de cautérisations. Pour ce qui concerne l'extirpation, l'auteur conseille de la pratiquer par la voie endolaryngée, au lieu d'avoir recours à la laryngotomie après trachéotomie préalable : car l'espace que donne l'ouverture du larynx, chez l'enfant, est restreint ; on risque de léser les cordes vocales, et l'on n'est même pas à l'abri des récidives. Il est souvent impossible d'éviter la trachéotomie.

L. GALLIARD.

A case of intrinsic cancer of the larynx treated by thyrotomy, par J. Dundas GRANT (*Brit. med. j., p.* 692, 28 *mars* 1891).

Homme de 60 ans. Au laryngoscope, la corde vocale gauche est remplacée par une masse nodulaire d'un rose pâle, immobile, faisant saillie sur la ligne médiane. Une première opération est faite le 25 août ; on enlève la tumeur d'un coup de ciseaux ; il s'agit d'un épithéliome avec globes épidermiques.

L'opération véritable est pratiquée deux jours plus tard. D'abord trachéotomie et canule à demeure. Puis section du cartilage thyroïde en prolongeant de bas en haut l'incision trachéale. On voit ainsi que la tumeur laryngée est plus étendue que ne l'indiquait le miroir : elle occupe à la fois les cordes vocales inférieure et supérieure gauches ; les cordes vocales droites, sans être dégénérées, sont hypertrophiées, gonflées et suspectes. Toutes les parties malades sont enlevées et disséquées, puis lavées au chlorure de zinc, finalement tamponnées à la gaze iodoformée. On laisse à demeure la canule trachéale et on nourrit le malade à la sonde œsophagienne. Guérison régulière : le malade quitte l'hôpital le 22 septembre, et en mai 1891 il n'a aucun indice de récidive.

H. R.

I. — Les accidents cérébraux de l'otite moyenne chronique, par K. POULSEN (*Nordiskt med. Arkiv, XXIII*, 8).

II. — Pyœmia and thrombosis of internal jugular vein from old otitis media, par W. KEEN (*Philadelphia Times and Register*, 30 *décembre* 1890).

I. — En compulsant les registres de l'hôpital de Copenhague de 1870 à 1889, Poulsen a trouvé sur 10,159 décès, 28 cas de mort par lésion cérébrale, suite d'otite. Lui-même a pu observer 12 cas d'abcès cérébraux suite d'otite (8 dans le lobe temporal, 3 dans le cervelet, 1 cervelet et lobe occipital). Dans tous ces cas, une thrombose des sinus a constitué le trait intermédiaire entre l'abcès et l'otite.

Poulsen a également observé 9 cas de thrombose des sinus, 8 du sinus latéral, 1 du sinus pétreux supérieur et inférieur. Dans plusieurs de

ces cas il y eut des phénomènes de pyémie. L'auteur est partisan de l'intervention. A. CARTAZ.

II. — Homme de 31 ans, atteint d'otorrhée chronique depuis 8 ans. A la suite d'un examen de l'oreille par un spécialiste, frissons, douleurs de tête et de poitrine, ictère et crachements de sang. Le cas fut considéré comme de l'infection purulente consécutive à l'otite : la région mastoïdienne était gonflée et douloureuse à la pression. Trépanation de l'apophyse, que l'on trouve remplie de pus caséeux et fétide. La veine jugulaire interne est ensuite mise à nu et liée à un pouce et demi au-dessus de la clavicule : cela fait, on l'ouvre au-dessus de la ligature et on en retire un caillot fétide. Le sinus latéral, ouvert, ne renferme pas de thrombose; on le remplit de gaze iodoformée pour arrêter le sang. Drainage et pansement antiseptique. État favorable pendant 24 heures, puis mort subite par dyspnée. Le caillot de la veine jugulaire contenait des bacilles et des microcoques. H. R.

I. — Contributo allo studio dell' etiologia delle otite catarrali, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino, p.* 397, *juin* 1891).

II. — Osservazioni batteriologiche sulle otite medie purulente, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO (*Ibidem, p.* 490, *juillet* 1891).

III. — Osservazioni batteriologiche sui furoncoli del condotto auditivo esterno, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO (*Ibidem, p.* 713, *juillet* 1891).

I. — Sur 20 cas d'otites catarrhales, Maggiora et Gradenigo ont constaté 16 fois la présence, dans la cavité naso-pharyngée ou dans l'oreille moyenne, de microorganismes pathogènes, 6 fois le staphylococcus pyogenes aureus et 10 fois l'albus; dans 4 cas, ils n'ont rencontré que des saprophytes. Dans un des cas où ils n'ont pas trouvé de microorganismes pyogènes, il s'agissait d'une lésion relativement ancienne dans laquelle le processus inflammatoire était éteint et ne laissait plus que des traces de son passage; dans les 3 autres cas, il est probable que les germes pathogènes étaient en nombre assez peu considérable pour passer inaperçus. On trouve les mêmes microorganismes dans les otites catarrhales et dans les otites purulentes, et il est probable que la différence dans les sécrétions tient aux différences de terrain et de constitution individuelle.

II. — Dans 22 cas d'otite moyenne purulente, les auteurs ont constaté les uns ou les autres des microorganismes suivants : pneumocoque de Fränkel, staphylococcus pyogenes aureus et albus, streptococcus pyogenes.

En comparant tous les cas connus avec examen bactériologique complet, ils ont remarqué que le pneumocoque est d'autant plus rare que l'otite est plus ancienne. Ils pensent que les microorganismes pathogènes pénètrent dans l'oreille en suivant la trompe d'Eustache; d'autre part, lorsque l'otite existe, le pus contenu dans l'oreille moyenne suit la trompe pour se déverser dans la cavité pharyngo-nasale.

III. — Dans le plus grand nombre des cas, les auteurs ont trouvé le staphylococcus pyogenes aureus, puis par ordre de fréquence l'albus et le citreus; dans deux cas ils ont rencontré simultanément le citreus et l'albus; dans un cas, ils ont constaté, en même temps que le staphylococcus pyogenes albus, de nombreuses colonies du bacillus pyocyaneus. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Beziehungen der Mikroorganismen zu den Mittelohrenerkrankungen (Rapports des microorganismes avec les affections de l'oreille moyenne) par ZAUFAL.

II. — Même sujet, par MOOS.

III. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 905, 29 *septembre* 1890).

I. — Zaufal n'admet qu'un microorganisme soit l'auteur d'une otite moyenne *aiguë* qu'autant qu'il l'a décelé seul, à l'aide du microscope et des cultures, au stade initial de l'affection, c'est-à-dire dans les sécrétions de la paracentèse, et qu'en outre il a pu le trouver dans le tissu de la muqueuse enflammée et a réussi à produire le même tableau morbide en inoculant ses cultures pures sur la muqueuse de la caisse. Une partie de ces conditions manquent pour la plupart des bactéries pathogènes. C'est ainsi que le diplocoque de la pneumonie n'a pas été rencontré jusqu'ici dans le tissu de la caisse enflammée, et que par inoculation des staphylocoque et streptocoque pyogènes, on n'est pas parvenu à provoquer chez les animaux une otite moyenne. Il n'y a que pour le bacille pneumonique de Friedlænder que toutes ces démonstrations aient été faites, à l'exception de l'inoculation à l'homme, qui est inadmissible. De nombreuses recherches devront donc combler ces lacunes.

On a rencontré dans les suppurations de l'oreille moyenne:

1° Le pneumobacille de Friedlænder ; 2° le diplocoque pneumonique de Frænkel et de Weichselbaum ; 3° les microrganismes pyogènes : *a*) streptocoque ; *b*) staphylocoque albus ; *c*) staphylocoque aureus ; *d*) staphylocoque cereus albus (Lévy et Schrader) ; *e*) staphylocoque tenuis (Schreibe) ; 4° le bacillus tenuis dans deux formes (Schreibe) ; 5° le micrococcus tetragenus (Lévy et Schrader) ; 6° le bacillus pyocyaneus (Zaufal); 7° l'oïdium albicans.

La virulence du staphylocoque cereus albus, du bacillus tenuis et du micrococcus tetragenus n'est pas prouvée.

Parmi les plus importants, le diplocoque de la pneumonie semble prévaloir dans les otites primitives, et les microbes pyogènes dans les secondaires.

Dans l'otite grippale, c'est le diplocoque pneumonique qu'on rencontre généralement, tandis que c'est le streptocoque pyogène dans les otites du premier âge.

Donc l'otite aiguë n'est pas un processus unitaire, mais peut être causée par plusieurs microorganismes. Tous ces microbes s'observent aussi bien dans le stade séro-muqueux que dans le purulent. Conformément au mode de développement cyclique du microbe, l'évolution de la maladie a continué d'être aussi typique.

Les microorganismes qui provoquent l'otite se retrouvent en général également dans les complications (abcès mastoïdien, Gradenigo, Bordoni-Uffreduzzi).

Tous les agents phlogogènes ont la propriété de déterminer des complications ; si le cas paraît plus commun pour les otites à streptocoques pyogènes, c'est que ce sont là les formes les plus fréquentes.

Depuis qu'on est arrivé à signaler la présence de tous ces agents

morbides dans le nez, le pharynx nasal et la bouche, non seulement à l'état pathologique, mais encore à l'état normal, la relation des otites moyennes avec les lésions des cavités voisines ne peut plus faire doute. On n'a pas encore établi d'une façon certaine que ces germes se rencontrent aussi dans les sécrétions normales de la caisse du tympan.

L'infection de la caisse tympanique s'effectue le plus souvent par des germes venus de la trompe d'Eustache, surtout à l'aide de la *vis a tergo* (épreuves de Valsalva et de Politzer, cathétérisme, bougies, éternuements, douche nasale, etc.). Vient ensuite l'infection par l'intermédiaire du sang (endocardite, infection purulente, diphtérie). En revanche, l'infection à travers la membrane du tympan intacte ne semble pas possible.

Des causes des otites *chroniques* on connaît peu de chose; le plus souvent on rencontre dans les sécrétions un mélange de microorganismes. Mais la preuve n'est pas faite qu'ils soient les agents de l'inflammation chronique ou des poussées subaiguës.

II. — Moos distingue les voies d'invasion suivantes prises par les microbes pour atteindre l'oreille moyenne :

1° Le sang; 2° la trompe d'Eustache; 3° la membrane du tympan : *a*) intacte. Moos a vu un érysipèle déterminer une perforation du segment antéro-supérieur de la membrane ; *b*) perforée ; 4° du crâne par la fissure pétro-squameuse (méningite).

Il semble que les formes morbides diffèrent selon le mode d'invasion. L'immigration par la trompe donne lieu à des catarrhes légers ne suppurant pas. Les formes hématogènes (rougeole, scarlatine, diphtérie) s'accompagnent d'une inflammation profuse de cellules migratrices, sans tendance à la suppuration, mais au contraire disposées à la métamorphose régressive. Quand l'invasion a eu lieu par le tympan, il y a formation de pus dont l'abondance varie beaucoup suivant les cas.

Tous les microorganismes de l'otite moyenne peuvent provoquer des complications, mais à cet égard c'est le streptocoque pyogène qui est le plus dangeureux, parce qu'il est le plus pathogène.

L'otite moyenne tuberculeuse peut résulter soit d'une migration directe par la trompe, soit d'une invasion indirecte par les vaisseaux du périoste de la trompe osseuse. Dès que l'otite tuberculeuse chronique devient douloureuse, c'est qu'on a affaire à une infection mixte avec le streptocoque pyogène, qui est prédominant.

III. — Politzer admet la possibilité du danger du cathétérisme, au point de vue de la pénétration des microbes dans la caisse tympanique, mais il la repousse pour l'épreuve de Valsalva ainsi que pour celle qui porte son nom.

Gruber est d'un avis contraire. Il cite, comme exemple d'invasion hématogène des microbes, l'existence dans l'otite moyenne, de foyers purulents circonscrits dans l'apophyse mastoïde, sans qu'on puisse démontrer de communication entre les deux cavités.

Jacobson s'élève également contre la manière de voir de Politzer, qui croit que dans son épreuve comme dans celle de Valsalva on se borne à comprimer l'air de la caisse sans y en injecter du nouveau. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1891.

A

Abcès. — Du traitement des abcès chauds sans incision, par DE SAINT-GERMAIN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur un cas de suppuration produite pa le bacillus coli communis (abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, consécutif à une rectite ulcéreuse), par MUSCATELLO. (*La Riforma medic* p. 145, 20 juillet.)

Abdomen. — L'abdomen dans l'enfance, par DWIGHT et ROTCH. (*Arch. of pediat.*, VIII, p. 481.) — Sur le pouvoir d'absorption des organes de la cavité abdominale, par G. PISENTI. (*Atti d. Accad. med. chir. d. Perugia*, II, p. 36.) — Soulagement des douleurs pelviennes et abdominales par les lavements d'eau chaude, par FOREST. (*N. York med. Record*, 23 mai.) — Paracentèse abdominale, par HEARNDEN. (*Lancet*, 10 octobre.) — Un cas d'ascite chyleuse, par H. REICHENBACH. (*Archiv für pathol. Anat.*, CXXIII, 1.) — Les collections liquides prévésicales, par GUYON. (*Gaz. des hôp.*, 24 novembre.) — Un cas de phlegmon idiopathique de la cavité de Retzius, par RUDOLPH. (*Centralb. f. klin. Med.*, nº 26, p. 497.) — Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie, par BROCA. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 octobre.) — Plaie de couteau de l'abdomen et du petit intestin, hernie et étranglement partiel de l'épiploon, suture de l'épiploon et de la paroi abdominale, guérison, par MARGULIES. (*N. York med. Journ.*, 29 août.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, par TERRIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 530.) — Plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par l'abstention, par RECLUS. (*Ibid.*, p. 536.)

Accouchement. — Traité des accouchements, par MAX RUNGE. (*Berlin.*) — Manuel d'accouchements, par GALABIN. (2e *édit. Londres.*) — Memento d'accouchements, par RODET. (In-18. *Paris.*) — La nouvelle maternité de la Charité et l'enseignement obstétrical, par BUDIN. (*Bull. méd.*, 1er novembre.) — Statistique obstétricale, par EHLERS. (*Cent. f. Gynæk.*, 26 septembre.) — Mille cas d'accouchement, par KEMPER. (*Med. News*, 12 septembre.) — L'accouchement et la fièvre puerpérale à la campagne, par LANGRY. (*Journ. Soc. méd. Lille*, 24 juillet.) — Les variations de la nomenclature obstétricale pour les positions, par BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Le bassin et l'accouchement, par KELLY. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.) — Comment il convient de pratiquer un accouchement simple, par LASKINE. (*Gaz. des hôp.*, 26 septembre.) — Accouchement chez une multipare à l'insu de la parturiente, par MAURICE LAUGIER. (*Annales d'hyg. publ.*, avril.) — De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement, par MAYGRIER. (*Semaine méd.*, 21 octobre.) — De

la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête, par COUDER. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Traitement des présentations de la face postérieures, par BERNARDY. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 18 juillet.) — Considérations pratiques sur l'extraction de la tête dernière, par HAMON DE FRESNAY. (*Annales Soc. de méd. d'Anvers*, avril.) — Dégagement des épaules, tête première, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, août.) — De la dilatation de l'anus et de l'urètre résultant du travail, par BERRY HART. (*Edinb. med. J.*, septembre.) — De la dilatation artificielle du col de l'utérus dans l'accouchement ; l'écarteur utérin Tarnier, par BONNAIRE. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Le forceps à traction dans l'axe, par MURRAY. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — Dystocie par kystes dermoïdes de l'ovaire, par LOISON et DUCHESNEAU. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Cicatrices cervicales consécutives aux cautérisations. Dystocie par rigidité du col et sténose de l'orifice. Rupture de l'utérus. Laparotomie, opération de Porro ; mort, par FRAISSE. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 7.) — Un cas d'hydrocéphalie, présentation du siège décomplété, mode des fesses en S I G T. Tête retenue au détroit supérieur, emploi du procédé de van Huevel et Tarnier ; insuccès. Perforation du crâne, extraction facile, par OUI. (*Arch. de tocol.*, août.) — Accouchement précipité, par PULLMANN. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, avril.) — Grossesse gémellaire, administration intempestive de seigle ergoté ; mort des enfants, par BEJAN. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, V, 3.) — Fièvre de lait, par GARDNER. (*Americ. J. of Obst.*, août.) — Sur l'écoulement sanguin qu'on appelle le petit retour de couches, par REMY. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — De l'irrigation intra-utérine après le travail, par MC MURTRY. (*Americ. J. of obst.*, octobre.) — De l'accouchement provoqué, par STAPFER. (*Union médicale*, 30 juin.) — Un cas d'accouchement prématuré provoqué, par GALLOIS. (*Dauphiné méd.*, 1er septembre.) — De l'accouchement provoqué, par PINARD. (*La médecine moderne*, 9 et 16 avril.) — Accouchement prématuré ; mort par lacération du foie, par MACKENZIE. (*Lancet*, 12 septembre.)

Acné. — Étude anatomo-pathologique et bactériologique sur l'acné chéloïde de Bazin, par MELLE. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 2.)

Acromégalie. — Un cas d'acromégalie, par SPILLMANN et HAUSHALTER. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De l'acromégalie (pachyacrie), par MOSLER. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.) — Observation d'acromégalie, par BIGNAMI. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, X, 3.) — Un cas d'acromégalie, par SOMERS. (*Occid. med. Times*, 10.) — Acromégalie chez une négresse, par BERKLEY. (*John Hopkins hosp. Bull.*, septembre.) — Un cas d'acromégalie, par GROCCO. (*Riv. gen. Ital. di clin. med.* Supplément, p. 17.) — Acromégalie avec atrophie des deux nerfs optiques, par COWELL. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 84.)

Actinomycose. — Actinomycose primitive du cæcum et de l'iléon avec propagation au poumon, etc., par LUBARSCH. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 avril.) — L'actinomycose chez l'homme. Observations inédites, par BUSACHI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 4.) — Actinomycose de l'intestin et des voies urinaires, par RANSOM. (*Royal med. and chir. Soc.*, 10 novembre.) — Un cas d'actinomycose de la face, par LEGRAIN. (*Ann. de dermat.*, II, 10.) — Un cas d'actinomycose, par THIRIAR. (*Mercredi méd.*, 15 juillet.)

Addison (Mal. d'). — Des altérations du sang dans la maladie d'Addison, par TSCHIRKOFF. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, supplém.)

Aérothérapie. — Étude sur l'aérothérapie, par Wallian. (*N. York med. Journ.*, 25 juillet.)

Air. — Sur une pompe à mercure, utilisable pour l'analyse microscopique de l'air, par Miquel. (*Ann. de microg.*, 10.) — Nouvelles études sur les moyens de rechercher l'acétone dans l'air expiré, par E. Reale. (*La Riforma medica,* 2 juin.) — Nouvel appareil pour le dosage de l'acide carbonique de l'air des appartements, par Schulz. (*Münch. med. Woch.*, 37.) — L'air des environs des hôpitaux au point de vue chimique et bactériologique, par Vigo. (*Giorn. Soc. d'igiene*, 5.)

Albumine. — D'une cause d'erreur dans l'albumine chez les ictériques, par Grocco. (*Rivista gener. ital. di Clin. medica*, nos 12-13, p. 278.) — Influence des hydrates de carbone sur la destruction de l'albumine, par G. Lusk. (*Zeitschrift f. Biologie*, IX, p. 459.) — Globuline cristallisée, globuloses ou vitelloses, par R. H. Chittenden et Hartwell. (*The Journ. of Physiology*, XI, p. 435.) — De quelques faits relatifs à l'albuminurie, par Senator. (*La médecine moderne*, 9 avril et 7 mai.) — Contribution expérimentale à l'étiologie et au traitement de l'albuminurie, par de Dominicis. (*Rivista clinica e terap.,* n° 5, p. 233.) — De l'albuminurie intermittente, par Verco. (*Austral. med. Gaz.*, août.) — De la peptotoxine; réponse à Salkowski, par Brieger. (*Deutsche med. Woch.*, 26.) — Traitement de l'albuminurie et de la néphrite gravidique, par A. Mijulieff. (*Geneeskundige Courant*, 10 mai.) — Du lactate de strontiane dans l'albuminurie, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 28 octobre.)

Alcool. — De l'influence de l'alcool sur la nutrition chez l'homme, par Stammreich. (*Thèse inaug. Berlin.*) — Sur les effets de l'alcool; discussion à l'Assoc. britannique. (*Brit. med. J.*, 29 août.)

Alcoolisme. — Les rapports de l'alcoolisme avec la santé publique; méthodes à adopter pour sa prophylaxie, par Westergaard. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 24.) — L'alcoolisme et la médecine légale, par Davezac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — De l'amaurose alcoolique et nicotinique, par Rydel. (*Cong. des méd. polon. Ann. d'ocul.*, octobre.) — Étude du delirium tremens, par Krukenberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, suppl.) — Des hallucinations produites par l'eau d'arquebuse, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 13 septembre.) — Étude physiologique de l'intoxication par le vulnéraire; évaluation des forces épileptogènes contenues dans cette boisson, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Antagonisme des forces épileptisantes et des forces stupéfiantes contenues dans le vulnéraire; action convulsivante de la liqueur, par Cadéac et Meunier. (*Ibid.*, 30 août.) — Des hallucinations produites par le vulnéraire, par Cadéac et Meunier. (*Province méd.*, 18 juillet.) — Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice, par Bouchereau. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Para lysie alcoolique chez les aliénés, par Vigouroux. (*Gaz. des hôp.*, 26 septembre.) — Panaris de Morvan chez un alcoolique, par Lemoine. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Hématome énorme de la dure-mère chez un alcoolique de 60 ans, par Langenbuch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — L'alcoolisme et son traitement par la suggestion hypnotique, par Lloyd-Tuckey. (*Rev. de l'hypnot.*, novembre.) — Étude critique sur les différents traitements employés dans le cas de delirium tremens, par Berliawsky. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.)

Aliénation. — Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et dans

l'organisation des asiles d'aliénés, par H. DAGONET. (Broch. Paris.) — De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs, par COUTAGNE. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs, par CHARPENTIER. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — La psychiatrie moderne dans ses rapports avec les autres sciences, par E. MORSELLI. (*Riforma medica*, 8 mai.) — L'influence de l'entourage sur la production de l'aliénation, par SAVAGE. (*Journ. mental sc.*, octobre.) — Les altérations de la pie-mère, par DEL GRECO. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — Le tact, la sensibilité générale et à la douleur, et le type dégénératif chez les femmes saines, criminelles et aliénées, par LOMBROSO. (*Giornale Accad. di Med. Torino*, p. 79, mars.) — Les oscillations journalières de la taille chez les aliénés, par GRIMALDI. (*Il Manicomio*, VI, 3.) — La gynécomastie chez les aliénés, par CANGER. (*Ibid.*, p. 339.) — Sur la toxicité de l'urine des aliénés, par MAIRET et BOSC. (*Soc. de biol.*, 17 octobre.) — Les hallucinations verbales psychomotrices chez les persécutés, par BALLET. (*Semaine méd.*, 4 novembre.) — Hallucinations chez les aliénés, par LANE. (*Boston med. J.*, 10 septembre.) — Plusieurs attaques de sommeil paradoxal chez un aliéné, par SZCZYPIORSKI. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — Des idées délirantes de défense, par SÉGLAS. (*La méd. moderne*, 27 août.) — Cas de folie à deux, par HOUGBERG. (*Finska lakar. handlingar*, XXXIII, 9.) — La mélancolie au point de vue clinique, ses rapports avec la lithémie, le mal de Bright et la glycosurie, par RIGGS. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Du mutisme mélancolique, par SÉGLAS. (*Soc. méd. psychol.*, 29 juin.) — Trois cas de suicide survenant en 3 ans chez 3 sœurs, par MABILLE. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — De l'examen des idées délirantes, par SÉGLAS. (*Mercredi méd.*, 16 septembre.) — Les hôpitaux pour le traitement des aliénés, par ALLBUTT. (*Journal mental. sc.*, octobre.) — Soins à donner aux malades sortis des asiles, par RAYNER. (*Ibid.*, octobre.) — Du méthylal chez les aliénés et de son action comparative avec le chloral, par MARANDON DE MONTYEL. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Emploi du sulfate de duboisine chez les aliénés, par LEWALD. (*Neurol. Cent.*, 1er octobre.) — Le sulfate de duboisine dans les maladies mentales, par PREINIGER. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 48.) — Emploi du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés, par RAMADIER et SÉRIEUX. (*Soc. de thér.*, 16 octobre.)

Allaitement. — De l'allaitement régulier; quelques résultats fournis par la méthode des pesées, par BOULIN. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'emploi du galéga chez les nourrices, par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Arch. de tocol.*, août, et *Revue gén. de clin.*, 28.)

Amputation. — 2 cas d'amputation inter-scapulo-thoracique, par TREVES. (*Lancet*, 21 novembre.) — Dix cas d'amputation de la hanche, par DAVY. (*London med. Soc.*, 16 novembre.) — Désarticulation de la hanche. Guérison, par BERGER. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 310). — De l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par le procédé de Dudon, par DELPIERRE. (*Thèse de Bordeaux.*)

Amygdales. — Fonctions des amygdales, par GULLAND. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Des modifications cliniques et histologiques dans les affections vénériennes de l'amygdale et du palais, par NEUMANN. (*Wiener med. Blætter*, 45.) — Le traitement de l'hypertrophie des amygdales, par KNIGHT. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture, par CULLEN. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Sarcome de l'amygdale, ablation par incision externe, par HOMANS. (*Lancet*, 29 août.)

Anatomie. — Anatomie et physiologie animales, par Duval et Constantin. (In-8°. *Paris.*) — L'anatomie des régions au point de vue médical et chirurgical, par Mc Clellan. (In-4°. *Philadelphie.*)

Anémie. — Pathologie de l'anémie pernicieuse, par Griffith et Burr. (*Med. News*, 17 octobre.) — Étiologie de l'anémie pernicieuse secondaire, par Klein. (*Wiener klin. Woch.*, 24 septembre.) — Sur les causes, les lésions et la nature de l'anémie pernicieuse progressive, par Gilbert. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 septembre.) — Repos et alimentation dans le traitement de l'anémie et de l'anorexie nerveuses, par Goodhart. (*Americ. J. of med. sc.*, septembre.) — Un cas d'anémie aiguë post-partum traité par une injection saline intra-veineuse, par Newman. (*N. York med. Record*, 20 juin.) — De la fonction respiratoire chez les anémiques, par Cavallero et Riva-Rocci. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 28 octobre.) — Un cas de chloro-anémie traité et guéri par les injections de citrate de fer ammoniacal, par C. Buongiovanni. (*La Riforma medica*, 8 juillet.) — Arsenic dans l'anémie pernicieuse, par Barton. (*Lancet*, 8 août, et *Therap. Gaz.*, 15 septembre.)

Anesthésie. — Statistique d'anesthésie, 24,526 cas, par Gurlt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Recherches sur 4,057 cas d'anesthésie par le chloroforme, par Wachholz. (*Przeglad lekarski*, 31.) — Le cornet à chloroforme en usage dans la marine, par Bérenger-Féraud. (*Bull. de thérap.*, 15 novembre.) — La question du chloroforme, par A. Huntly. (*Glasgow med. Journ.*, p. 345, mai.) — L'anesthésie artificielle et les anesthésiques, par de Forest-Villard. (144 p. *Detroit.*) — Sur un nouveau procédé d'anesthésie, par Reynier. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 546.) — Accident mortel de l'anesthésie chloroformique, par Lobo. (*Bull. de thérap.*, 15 septembre.) — Sur la mort pendant l'anesthésie chloroformique, par Brunton. (*Brit. med. J.*, 21 novembre.) — Effets du chloroforme sur le centre respiratoire, le centre vaso-moteur et le cœur, par Shore. (*Ibid.*) — Morts par le chloroforme et l'éther depuis la commission d'Hyderabad, par Turnbull. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 août.) — Polype utérin, mort par l'éther, par Spencer. (*Brit. med. J.*, 22 août.) — De la mort tardive par chloroforme, par Bastianelli. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Résurrection consécutive à l'anesthésie par le chloroforme, par Prince. (*N. York med. Journ.*, 22 août.) — Mort par le méthylène, par Chamberlayne. (*Lancet*, 29 août.) — De l'anesthésie combinée, éther et cocaïne, par Schleich. (*Deut. med. Zeit.*, 44.) — L'emploi de la cocaïne dans la petite chirurgie, par Adler. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — 200 opérations de petite chirurgie de la bouche pratiquées à l'aide de la cocaïne en injections ; résultats ; mode d'emploi ; avantages sur le chloroforme, par Combes. (*Cong. franç. de chir.*) — Protoxyde d'azote et oxygène pour l'anesthésie dans les petites opérations, par van Arsdale. (*Americ. J. of med. sc.*, août.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'artère basilaire, par Carr. (*N. York pathol. Soc.*, 13 mai.) — Anévrisme fusiforme de l'arc aortique, par Herringham. (*London clin. Soc.*, 13 novembre.) — Anévrisme de l'aorte, ouvert dans la plèvre gauche, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juillet.) — Anévrisme de l'aorte thoracique avec épanchement péricardique, mort subite par rupture dans la bronche gauche, par Gordinier. (*N. York med. Journ.*, 26 septembre.) — Sur l'anévrisme de traction de l'aorte de l'enfant, par Thomas (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXII, 3.) — Chute de bicycle, rupture du rein, anévrisme traumatique de l'aorte abdominale, par Eames. (*Lancet*, 14 novembre.) — Influence des mouvements respiratoires sur la genèse

des bruits de souffle dans les anévrismes de l'aorte thoracique, par Luzzatti. (*Rivista gen. Ital. di clin. med.*, 16 et 17.) — Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux, par Dieu. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 517.) — Un cas d'anévrisme artério-veineux de la carotide interne gauche dans le sinus caverneux du même côté, par Kalt. (*Bull. acad. méd.*, 1er septembre.) — Proptosis unioculaire avec bruit intracardiaque et ophtalmoplégie; ligature de la carotide, par Wherry. (*Lancet*, 20 août.) — Anévrisme inguinal énorme et enflammé. Douleurs atroces. Extirpation. Réunion primitive dans la plus grande étendue de la plaie. Guérison, par Bazy. (*Bull. Soc. chir.*, XVII, p. 31.) — De l'anévrisme inguinal spontané et de son traitement, par Mitscherling. (*Thèse Dorpat.*, 1890.) — Anévrisme de l'artère iliaque primitive causé par une embolie septique, par Koloman Buday. (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, X, 1, et *Pester med. chir. Presse*, 19.) — Anévrisme de l'artère fémorale droite. Extirpation du sac avec ligature au-dessus et en dessous. Hémorragie violente après l'enlèvement du tube constricteur d'Esmarch. Ligature des artères fémorales, des deux circonflexes et d'une veine fémorale profonde au niveau de son anastomose avec la veine fémorale commune. Guérison complète avec conservation des fonctions du membre, par Pereira-Guimaraès. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 2 octobre.) — Anévrisme spontané de l'artère fémorale droite datant de 15 ans; extirpation, guérison, par Estor. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 19 septembre.) — Traitement de l'anévrisme fémoral, par Buchner. (*Korresp. Bl. d. allg. Ærzt. Thuringen*, 5.) — Ligature de l'iliaque externe pour un anévrisme fémoral, par Young. (*Med. News*, 24 octobre.) — Anévrisme artério-veineux de la tibiale postérieure guéri par extirpation, par Reclus. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 524.) — Anévrisme de l'artère rénale gauche, par Gruber. (*Wiener med. Woch.*, 10 octobre.) — La compression dans le traitement des anévrismes, nouveau procédé, par Beach. (*Boston med. J.*, 30 juillet.)

Angine. — Trois cas d'angine gangréneuse primitive, par de la Sota y Lastra. (*Archivos int. de laring.*, II, 8 et 9.) — Traitement curatif et hygiénique des angines non diphtéritiques, par Martin. (*Bull. Soc. de méd. prat. Paris*, 1er octobre.) — De l'angine de Ludwig, par Schiffers. (*Gaz. méd. Liège*, 6 août.) — Angine de poitrine vraie sans lésions des coronaires, par Auscher. (*Soc. anat. Paris*, 8 octobre.)

Angiome. — Deux cas d'angiome de la face, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 15 novembre.) — Un cas d'angiome artériel plexiforme de la tête, par Mueller. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 1.) — De l'angiokératome, par Pringle. (*Brit. J. of dermat.*, août.) — Observation d'angiokératome, par Crocker. (*Ibid.*, novembre.) — L'angiokératome, par Mibelli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 2.)

Anthrax. — Troubles mentaux consécutifs à un anthrax de la nuque, par Pulawski. (*Intern. klin. Rundschau*, 41, 1890.) — La méthode de Wooldridge d'immunité contre l'anthrax par l'injection de solutions de fibrinogène, par Wright. (*Brit. med. J.*, 19 septembre.) — Anthrax traité par l'extirpation, par Nicholas. (*N. York med. Record*, 23 mai.) — Anthrax grave, traité par l'excision et l'ipécacuanha à l'intérieur et en pansement, par Colley. (*Lancet*, 17 octobre.) — Anthrax traité par l'excision et l'irrigation mercurielle, par Hutton. (*Lancet*, 19 septembre.)

Antisepsie. — Détails aseptiques et antiseptiques en chirurgie, par Warren.

(*Boston med. Journ.*, 8 octobre.) — Détails aseptiques et antiseptiques de la chirurgie opératoire, par Gerster. (*Americ. J. of med. sc.*, novembre.) — L'asepsie en chirurgie, par Baudouin. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Asepsie et antisepsie, par Catrin. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Propriété des antiseptiques d'accélérer la fermentation alcoolique. Rapport entre leur énergie, leur structure chimique, la quantité de ferment et la pureté, par E. Biernacki. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLIX, p. 112.) — Sur l'action autiseptique de l'essence rectifiée de térébenthine, par Giura. (*Rev. clinica e terap.*, 8.) — Un nouvel antiseptique intestinal, le benzoate de naphtol, par Yvon et Berlioz. (*Soc. de thérap.*, 11 novembre.) — Valeur de l'eau iodée et de l'aristol comme antiseptiques chirurgicaux, par Tikhon v. Popoff. (*Bonitchnaia gazeta Botkina*, 16.) — Les éthers sulfuriques dans l'urine et l'antisepsie intestinale, par Rovighi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.)

Anus. — Idées nouvelles sur la pathologie de la fissure anale ; traitement simplifié, par Ball. (*Brit. med. J.*, 12 septembre.) — Valeur de l'incision oblique dans la colotomie lombaire, par Bodenhamer. (*N. York med. journ.*, 22 août.) — Anus imperforé, colotomie inguinale, par Langwill. (*Edinb. med. journ.*, novembre.) — Anus contre nature guéri par la dissection circulaire de l'intestin, par C. Koch. (*Muench. med. Woch.*, p. 484.)

Aorte. — Sur la signification pathologique du fait de deux valvules aortiques, par V. Babes. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXXIV, *Heft* 3.) — Développement des aortes postérieurs dans l'embryon du poulet, par Vialetton. (*Lyon méd.*, 12 juillet.) — De l'étroitesse régulière et congénitale du système aortique, par Ortner. (*Wien. klin. Woch.*, n°s 1 et 2.) — De l'embolie de l'aorte abdominale à sa bifurcation, par Selter. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Aortite aiguë ulcéreuse, présence de bacilles de l'anthrax, par Oliver. (*Lancet*, 7 novembre.) — Des ruptures spontanées de l'aorte dans le péricarde, par Gardette. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rupture circulaire de l'aorte, par Ferrareri. (*Bull. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Rupture spontanée et incomplète de l'aorte ; mort subite, par Papillon. (*Soc. anat. Paris*, 16 octobre.) — Du sarcome giganto-cellulaire primitif de l'aorte thoracique, par Miura. (*Int. Beit. z. w. Med. Fets. Virchow*, II.)

Appareil. — Technique instrumentale concernant les sciences médicales ; revue des méthodes et instruments usités en chirurgie, micrographie, physiologie, par Mergier, Audoin, Mosny et de Grandmaison. (In-8°, *Paris.*) — Sur une nouvelle disposition perfectionnée du thermo-cautère de 1876, par Paquelin. (*Acad. des sc.*, 3 août.) — Un nouvel appareil à analyser les gaz, par Mangin. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Serre-nœud à double action, par Bucklin. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Bandage droit élastique, par Prévost. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 282.) — Kymoscope à interférences. Appareil pour la démonstration de beaucoup de phénomènes de mouvement ondulatoire, par T.-P.-A. Stuart. (*The Journal of physiology*, XII, p. 157.)

Artère. — Les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, par Huchard. (*Revue gén. de clin.*, 41.) — Rapports qui existent entre les maladies artérielles et les lésions viscérales, par Peabody. (*Boston med. J.*, 29 octobre.) — Nouveau mode de compression de l'artère sous-clavière, par Keen. (*Times and Register*, 25, p. 509.) — Rupture de l'artère fémorale, par Destot. (*Lyon méd.*, 19 juillet.)

Articulation. — Remarques sur deux cas d'arthrites à pneumocoque, par Macaigne et Chipault. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Périarthrite scapulo-humérale à pneumocoques. Thrombose de la veine axillaire, par Schwartz. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 383.) — Le rôle du biceps crural dans les maladies du genou, par Mosher. (*N. York Acad. of med.*, 12 octobre.) — Ankylose du genou, genu valgum pathologique, par Phocas. (*Soc. anat. Paris*, 24 juillet.) — Sur un repli peu connu de la synoviale de l'articulation de la hanche (pli pectinéo-fovéal); contribution anatomique à l'étude de la fracture intra-articulaire du col du fémur, par C. Amantini. (*Atti Accad. med. chir.*, *Perugia*, II, p. 3.) — Des plaies par ponction de la hanche, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Des terminaisons de la coxalgie tuberculeuse, par Huismans. (*Beit. zur klin. Chir.*, *VIII*, 1.) — Le point d'application de la traction dans les affections de la hanche, par Lovett. (*N. York med. Journ.*, 8 août.) — Traitement orthopédique des affections de la hanche, par Heusner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Deux observations de corps étranger du genou; arthrotomie sans drainage; guérison, par Gazin. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Des injections interstitielles de solutions iodoformées dans les cas de tumeurs blanches, par Quintin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des plaies articulaires par coup de feu, par Picqué. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 18, p. 280.) — Des ponctions et injections articulaires, par Vergely. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, n[os] 30, 31 ; p. 463, 479.) — Arthrectomie, par Bazy. (*Bullet.*, *Soc. de chir.*, XVII, p. 331.) — De l'arthrodèse, par Daraignez. (*Thèse de Bordeaux.*) — Anomalies congénitales multiples des articulations chez une fillette de 9 ans, par Jul. Wolff. (Luxation volontaire du genou droit; luxation congénitale du genou gauche opérée ; luxation congénitale des deux hanches, deux radius, etc., etc.) (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 477, 11 mai.)

Asthme. — L'asthme des foins et les éternuements répétés, par Bullock. (*Provincial med. Journ.*, 1[er] juin.) — Méfiez-vous de la cocaïne dans l'asthme des foins, par Stickler. (*N. York med. Journ.*, 31 octobre.) — De l'asthme infantile, par Rénon. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n[os] 26 et 27, p. 401 et 414.) — De l'asthme bronchique, par Schmidt. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 25; p. 474.) — Inhalation d'oxygène dans l'asthme cardiaque, par Heitter. (*Centralbl. f. die gesammt. Therap.*, 8 octobre.)

Astigmatisme. — Des astigmatismes cornéen et total, par Chibret. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 7.) — Astigmatisme démasqué par des blessures de la face reçues dans un combat avec un ours, par Banister. (*N. York med. Journ.*, 17 octobre.) — Cent cas d'astigmatisme contraire à la règle, par de Schweinitz. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 5 septembre.)

Atrophie. — Étude de l'atrophie, par Roswell Park. (*Med. News*, 14 novembre.)

Auscultation. — Essai sur la théorie de l'auscultation médiate et nouveau stéthoscope, par Saillet. (*Marseille.*)

Autoplastie. — Des opérations plastiques sur la face, par Bardenheuer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (Autoplastie en cravate), par Paul Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 170.)

Avortement. — Sur le traitement de l'avortement, par Kasparian Ter-Grigoriantz. (*Cent. f. Gynæk.*, 24 octobre.) — Curage digital de l'utérus

dans un cas d'hémorragie grave consécutive à un avortement de 3 mois, par Chaleix. (*Journ. de méd. Bordeaux,* 15 février.) — Deux cas d'avortement, par Cholmogoroff. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 2.)

B

Bactériologie. — Les instituts bactériologiques en France et à l'étranger, par Duclaux. (*Rev. scient.*, 17 octobre.) — Quelques mélanges bactériologiques, par Smith. (*Cent. f. Bakter.*, X, 6.) — Mélanges pratiques, par Marpmann. (*Ibid.*, X, 14.) — Technique des recherches bactériologiques, par Gabritschewsky. (*Cent. f. Bakter.*, X, 8.) — Nouvelle méthode de coloration des spores, par Mœller. (*Cent. f. Bakter*, X, 9.) — Coloration des microorganismes dans le tissu corné, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 6.) — Sur un bain hétérotherme pouvant être utilisé dans les laboratoires de bactériologie, par Miquel et Bertiaux. (*Ann. de microg.*, 10.) — Les limites de la thérapeutique bactériologique, par Hurd. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Sur la genèse des microorganismes, par Schrœn. (*Giorn. Assoz. napoïet.*, II, 3.) — Les bactéries et leurs rapports avec certaines maladies, par Evans. (*Buffalo med. Journ.*, juillet.) — Sur la chimie biologique des bactéries, par Nickel. (*Centralb. f. Bakter.*, IX, 10.) — Action de la lumière sur les bactéries, par Geisler. (*Vratch,* 5 septembre.) — Nouvelles recherches sur l'enzyme tryptique des microorganismes, par Fermi. (*Cent. f. Bakter.*, X, 13.) — Du passage des germes pathogènes dans la bile et le contenu intestinal, par Corrado. (*Atti della Accad. med. di Roma,* V, série II.) — Sur la variabilité des propriétés pathogènes des microbes, par Frenkel. (*Lyon méd.*, 20 septembre.) — Quelques produits chimiques des bactéries, leurs effets, par Schweinitz. (*Journ. americ. chem. Soc.,* p. 61.) — Sur les substances solubles prédisposant à l'action pathogène de leurs microbes producteurs, par Courmont. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Étude sur les substances solubles prédisposant à l'action pathogène de leurs microbes producteurs, par Courmont. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'accoutumance aux produits microbiens, par Metchnikoff et Roudenko. (*Ann. inst. Pasteur*, V. 9.) — De l'influence des produits microbiens sur la circulation, par Massart et Bordet. (*Soc. de biol.*, 17 octobre.) — Réponse de Charrin et Gley. (*Ibid.*) — Actions vaso-motrices des produits bactériens, par Bouchard. (*Acad. des sc.,* 26 octobre.) — Le chimiotaxisme des leucocytes et l'infection microbienne, par Massart et Bordet. (*Ann. inst. Pasteur*, V, 7.) — Recherches sur les microbes pathogènes des vases de la mer Morte, par Lortet. (*Acad. des Sc.,* 27 juillet, et *Lyon méd.*, 16 août.) — De quelques localisations extra-pulmonaires du diplocoque lancéolé et capsulé, par Banti. (*Arch. di anat. norm. e patol.*, V.) — De l'immunité contre le virus des coccus de la suppuration, par Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Sur le pouvoir pathogène des produits des staphylocoques pyogènes, par Nannotti. (*Ann. de Microg.*, 20 octobre.) — De l'influence des produits de culture du staphylocoque doré sur le système nerveux vaso-dilatateur et sur la formation du pus, par Arloing. (*Acad. des sc.*, 7 septembre.) — De l'existence simultanée, dans les cultures du staphylocoque pyogène, d'une substance vaccinante précipitable par l'alcool et d'une substance prédisposante soluble dans l'alcool, par Rodet et Courmont. (*Acad. des sc.*, 5 octobre.) — Le bacterium coli commune et les péritonites par perforation, par Barbacci. (*Sperimentale*, 15 août.) — Deux cas d'infection générale apyrétique par

le bacillus coli dans le cours d'une entérite dysentériforme, par Lion et Marfan. (*Soc. de biol.*, 24 octobre.) — Différenciation du bacille typhique et du bacterium coli commune, par Chantemesse et Widal. (*Soc. de biol.*, 7 novembre.) — Nouvelles recherches sur les variétés naturelles du bacille typhique, par Babes. (*Cent. f. Bakter.*, X, 9.) — Du pus bleu et du bacille pyocyanique, par Marthen. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1890.) — A propos de l'action exercée par les produits solubles du bacille pyocyanique sur le système nerveux vaso-moteur, par Charrin et Gley. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Les substances solubles du bacille pyocyanique produisent la fièvre, par Charrin. (*Acad. des sc.*, 26 octobre.) — Un nouveau bacille de l'œdème malin, par Klein. (*Cent. f. Bakter.*, X, 6.) — De la fermentation du bacille commun de l'intestin, par Scruel. (*La Cellule*, VII, 1.) — Sur un bacille capsulé dans la kératomalacie infantile, par Lœb. (*Cent. f. Bakter.*, X, 12.) — Sur la germination des spores chez les saccharomyces, par Hansen. (*Ann. de Microg.*, 20 juillet.) — De la présence de microcoques dans le sang dans les cas graves d'hémiplégie, par Colrat. (*Lyon méd.*, 12 juillet.) — Quelques bactéries des putréfactions, pathogénie des empoisonnements par les viandes putréfiées, par Mouginet. (*Thèse de Nancy.*)

Bain. — De l'influence des bains salés et des bains d'eau douce sur la nutrition générale, et de la question de l'absorption cutanée dans le bain, par H. Keller. (*Corresp. Blatt. f. schw. Ærzt.*, 15 avril.) — L'action du bain turc dans les maladies, par Shepard. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 31 octobre.) — L'hydrothérapie, par Schivardi. (In-16, *Milan.*) — L'hydrothérapie dans les fièvres éruptives, par Guinon. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — Cas provenant des bains de Pistyan (Hongrie), par von Vragassy. (*Wien. med. Presse*, n° 18, p. 624.)

Bassin. — La mensuration du bassin dans la pratique, par Skutsch. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 21, p. 700.) — Note sur deux bassins coxalgiques, par Condamin et Adenot. (*Rev. d'orthop.*, 5.) — Les bassins viciés par boiterie, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 37.) — Sur quelques variétés de fractures du bassin, par Walther. (*Soc. anat.*, 2 octobre.) — Fracture du bassin, rupture de l'urètre, boutonnière périnéale, rectotomie linéaire postérieure, abcès urineux 7 mois après l'accident, par Delbecq. (*Ibid.*, 2 octobre.) — Fracture du bassin, rupture complète de l'urètre, par Williams. (*Lancet*, 14 novembre.) — De l'inflammation pelvienne récurrente, par Dunning. (*N. York. med. Jour.*, 17 octobre.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre supérieur, absence du tubercule médian, par Broca. (*Soc. anat.*, 2 octobre.) — Bec-de-lièvre médian, par Clutton. (*London path. Soc.*, 20 octobre.) — Nouvelle opération pour le bec-de-lièvre, par Fenger. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er août.) — Opération de bec-de-lièvre double compliqué de gueule-de-loup et de siège de l'intermaxillaire au niveau de la pointe du nez, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 avril.)

Béribéri. — Du béribéri, par Mariteau. (*Thèse de Toulouse.*) — Contribution à la pathologie du béribéri, par M. Miura. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIII, 2.)

Biliaire. — De la formation de la cholestérine et de la chaux dans la bile, par Jankau. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 3 et 4.) — Des matières colorantes de la bile dans les fèces des sujets sains et des malades, réaction de Gmelin, par J. Rosenthal. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 32, p. 971.) — De l'action de l'eau introduite par la bouche et le rectum sur la sécrétion bi-

liaire, par Stadelmann. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Symptômes, diagnostic, pronostic et traitement des calculs biliaires, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 avril.) — Discussion du congrès de médecine de Wiesbaden sur les affections biliaires calculeuses. (*Ibid.*, 27 avril.) — Fistule biliaire anormale, etc., par Paci Agostino. (*Riv. gen. ital. di clinica med.* Supplément, p. 26.) — La lithiase biliaire et son traitement, revue générale. (*Bull. méd.*, 6 septembre.) — Lithiase biliaire intralobulaire, par Cassaet. (*Semaine méd.*, 14 octobre.) — Les infections biliaires, étude bactériologique et clinique, par Dupré. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Traitement du foie biliaire, lithiase, ictère infectieux, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. méd.*, 11 octobre.) — Calculs biliaires expulsés par l'administration d'huile, par Rosenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 mars.) — Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires, par Hartmann. (*Soc. anat. de Paris*, 31 juillet.) — Lésions de la vésicule biliaire contenant des calculs, par Pilliet. (*Soc. anat. de Paris*, 31 juillet.) — Vésicule biliaire contenant 40 calculs, rupture, mort, par Wagoner. (*N. York med. Journ.*, 22 août.) — Sur un cas de fistule biliaire cutanée, par Bonnet. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 24 octobre.) — Lithiase biliaire, occlusion intestinale par un calcul, mort, par Thiroloix. (*Soc. anat. Paris*, 17 juillet.). — Obstruction intestinale par calcul biliaire, perforation de la vésicule, par Létienne. (*Ibid.*, 24 juillet.) — Du cathétérisme des voies biliaires, par Terrier et Dally. (*Rev. de chir.*, août.) — Cholécystotomie. Extraction de 55 calculs de la vésicule biliaire, par Soulier. (*Dauphiné méd.*, août.) — Un cas d'extirpation de la vésicule biliaire avec établissement d'une communication entre le cholédoque et le duodénum, par Sprengel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — De la cholécystectomie, par Guillemain. (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, 26 septembre.) — Cas de cholédochotomie, par Kuester, Rehn, Braun, et discussion. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 477, 11 mai.)

Blennorragie. — Étude de la gonorrée, par Wertheim. (*Prager med. Woch.*, 23.) — Sur une toxalbumine sécrétée par un microbe du pus blennorragique, par Hugounenq et Éraud. (*Acad. des Sc.*, 20 juillet.) — Recherches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorragique, par Hugounenq et Éraud. (*Lyon méd.*, 19 juillet.) — Le temps et les voies de propagation de la gonorrée à la partie postérieure de l'urètre, par Heisler. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 5.) — Blennorrée et mariage, par Lavaux. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 28, p. 432.) — Diagnostic de la gonorrée chez l'homme, par Alexander. (*Journ. of. cutan. dis.*, août.) — Études endoscopiques sur la gonorrée chez la femme, par Janovski. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 6.) — De la conjonctivite blennorragique des nouveau-nés, par Nieden. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, octobre.) — Des affections gonorréiques de la muqueuse buccale chez les nouveau-nés, par von Rosinski. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Des manifestations spinales au cours de la blennorragie, par Spillmann et Haushalter. (*Rev. de méd.*, août.) — Les complications nerveuses de la blennorragie, par P. Raymond. (*Gaz. des Hôp.*, 5 septembre.) — Cas de rhumatisme blennorragique récidivant, par G. de Santi. (*Giorn. med. d. r. esercito*, mars, n° 4, p. 448.) — De la gonorrée rectale, par Frisch. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXV, 6.) — De la vulvo-vaginite blennorragique chez les petites filles, par Skutsch. (*Thèse inaug. Iéna.*) — Le traitement abortif de la blennorragie, par Diday. (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre.) — Du traitement de la cystite hémorragique du col d'origine blennorragique par le salicylate de soude, par Meynier. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.)

Bouche. — Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du plancher de la

bouche, par Monod. (*Soc. de chir.*, XVII, p. 482.) — Kystes dermoïdes du plancher de la bouche enlevés par la cavité buccale, par Heurtaux. (*Ibid.*, p. 507.) — Cancer de la bouche, par Kingsford. (*Lancet*, 12 septembre.) — Tubercules buccaux, par Sutton. (*London path. Soc.*, 17 novembre.)

Branchie. — Fistule branchiale externe, extirpation, guérison, par Paci. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Traitement opératoire d'une fistule branchiale, par Tricomi. (*Riforma medica*, 28 août.)

Bronche. — Essai sur l'étiologie et la pathologie générales des bronchites, par Marfan. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 octobre.)

Brûlure. — Examen de 17 personnes mortes de brûlures, par Jenner. (*Lancet*, 22 août.) — La saprémie dans les brûlures, par Horrocks. (*Lancet*, 17 octobre.)

C

Cancer. — Sur la nature du cancer, par Marshall (*Lancet*, 22 août.) — Pathogénie du cancer, théories microbiennes, par Williams. (*Lancet*, 12 septembre.) — Recherches sur la nature parasitaire du cancer, par Duplay et Cazin. (*Mercredi méd.*, 19 août.) — Du caractère infectieux et contagieux du cancer, par Rebulet. (*Normandie méd.*, 1er septembre.) — Sur les inoculations en série d'un épithélioma cylindrique spontané de la souris blanche, par Morau. (*Soc. de biol.*, 24 octobre.) — De la diffusion du cancer dans les ganglions lymphatiques, par Petrick. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — La pathologie du cancer, par Gibbes. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — La diathèse néoplasique, par André. (*Mercredi méd.*, 11 novembre.) — Le cancer et ses rapports avec l'aliénation, par Snow. (*Journ. mental sc.* 4 octobre.)

Cartilage. — Des modifications chimiques des cartilages, par Schmiedeberg. (*Biol. centralb.*, XI, 19.) — Sur la structure du cartilage élastique, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 403.) — De l'ochronose du cartilage, par Bostrœm. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.)

Cellule. — De la segmentation nucléaire amisotique, par Lœwitt. (*Biol. centralb.*, XI, 17.) — Idem, par Verson; idem, par Frenzel. (*Ibid.*, XI, 18.) — La structure rayonnée du corps, et cellules à l'état du repos et pendant la division nucléaire, par B. Solger. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 mai.) — Sur les cellules granules d'Ehrlich ou Mastzellen, par G. Paccinotti. (*Giornale Accad. di. med. Torino*, juin, p. 417.) — Influence de la température sur la régénération cellulaire, par R. Penzo. (*Ibid.*, mars, p. 125.) — Nouvelles recherches sur la division cellulaire indirecte, par Henneguy. (*Journ. de l'anat.*, 5.) — Étude des cellules éosinophiles, par Aldehoff. (*Prager med. Woch.*, 8.) — De la mitose dans les cellules éosinophiles, formation des leucocytes, par Mueller. (*Arch. f. exper. Path.* XXIX, 3 et 4.) — Des modifications pathologiques des processus de segmentation nucléaire, à la suite d'intervention expérimentale, par Hertwig. (*Int. Beit. z. w. med. Fetsch. Virchow*, I.) — Étude des cellules à plasma de Waldeyer, et des cellules d'engraissement d'Ehrlich, par van der Spek. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, XIII, 9.) — Cellules migratrices dans l'organisme animal, par Kellogg. (*Americ. naturalist.*, n° 294.) — Étude des phagocytes, par

Capparelli. (*Cent. f. Bakter.*, X., 9.) — Recherches sur la théorie toxique et la phagocytose, par Sanarelli. (*Ibid.*, X, 16.)

Cerveau. — Les circonvolutions cérébrales chez l'homme et les mammifères, par Topinard. (*Rev. scientif.*, 31 octobre.) — Sur la structure de l'écorce cérébrale de quelques mammifères, par Ramon y Cajal. (*La Cellule*, VII, 1.) — La morphologie des circonvolutions cérébrales, par Vanhersecke. (*Thèse de Lille.*) — Recherches de topographie crânio-cérébrale, détermination des rapports du sillon de Rolando, et de la scissure de Sylvius, avec la boîte crânienne, par Woolonghan. (*Thèse de Bordeaux.*) — Origine et trajet des pédoncules cérébraux et leurs rapports avec les autres centres nerveux, par Marchi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — De l'orientation de la surface cérébrale chez le vivant, par Adamkiewicz. (*Wiener med. Presse*, 1er novembre.) — Recherches récentes sur la structure et les rapports des couches optiques, par Pemberton. (*Journ. of comp. neurol.*, I, juin.) — Recherche sur le trajet des fibres médullaires dans le chiasma optique, par Staurenghi. (*Memor. estit. Lombard. di. sc.* XVI.) — Le cerveau d'un Lapon, par Retzius. (*Int. beit. z. w. med. Fetschrift. Virchow*, I.) — La circulation de l'encéphale et ses troubles, par R. Geigel. (*Arch. f. path. Anat.* CXXIII, 1.) — Contribution à l'étude de la circulation cérébrale, par A. Tedeschi. (*Atti della Accad. med. chir. Perugia,* II, p. 209.) — Étude chimique du liquide céphalo-rachidien, par Lenoble. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 10 juillet.) — Action de la lumière sur l'activité cérébrale, par Gouzer. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, septembre.) — Sur les fonctions du noyau caudé, par Sgobbo. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 28 octobre.) — La localisation des centres du goût dans l'écorce cérébrale, par Schtscherback. (*Cent. f. Phys.*, V, II.) — Centres vaso-toniques dans le thalamus, par Ott. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Les fonctions du tuber cinereum, par Ott. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Centres cérébraux moteurs du vagin, chez les animaux, par Bechterew et Mislawsky. (*Med. Obosrenie*, XXXVI, 15.) — Étude sur les localisations cérébrales, par Eisenlohr. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Dégénération résultant de l'ablation de l'écorce et des corps striés chez le chien, par J.-N. Langley et A.-S. Gruenbaum. (*The Journal of physiology*, XI. Supplément, p. 606.) — Étude sur les modifications du pouls cérébral pendant l'application du courant galvanique sur la tête et sur le sympathique cervical, et à la suite de l'usage du sulfonal, par Sgobbo. (*Riv. clinica e terap.*, n° 6, p. 295.) — Dégénérescence fonctionnelle du cerveau, par Searcy. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 7 novembre.) — Cerveau rudimentaire chez un enfant microcéphale. Détails nécroscopiques, par Guéniot. (*Bull. acad. de méd.*, 28 juillet.) — Description du cerveau d'un enfant atteint d'amaurose congénitale, par Perlia. (*Arch. f. Opht.*, XXXVI, 4.) — Recherches sur le poids spécifique de l'encéphale dans les maladies, par Ducamp. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Diagnostic topographique des maladies du cerveau, par Leyden. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Des troubles sensitifs consécutifs aux lésions intra-cérébrales, par Hall. (*New York med. Record*, 11 avril.) — De l'hémianopsie centrale double, par Grœnouw. (*Arch. f. Psychiat.* XXIII, 2.) — Deux cas d'hémianopsie avec agraphie, aphasie amnésique, par Weeks. (*Arch. of opht.* XX, 3.) — Des troubles de l'écriture chez les aphasiques, par Déjerine. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Aphasie motrice avec perte de la lecture mentale, par Parisot. (*Rev. méd. de l'Est,* n° 9, p. 257.) — Étude des formes rares de l'aphasie sensorielle, par Adler (*Neurol. centralb.*, 15 mai.) — Sur un cas d'aphasie sensorielle (surdité et cécité verbales), suivi d'autopsie, par Déjerine. (*La médecine moderne*, 19 mars.) — Un cas de cécité verbale avec agraphie,

suivi d'autopsie, par Déjerine. (*Ibid.*, 26 mars.) — Des lésions en foyer du pont de Varole, des troubles anarthritiques de la parole, par Markowski. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 2.) — Un cas d'alexie sous-corticale, par Berkhan. (*Ib.*, XXIII, 2.) — Analgésie et perte du sens thermique de cause cérébrale, par Beaudouin. (*Normandie méd.*, 15 août.) — De l'apoplexie tardive traumatique, par Bollinger. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.) — Céphalées cérébrales comateuses, et hautes doses de quinine, par Bernard. (*Thèse de Montpellier.*) — Diagnostic de l'hémorragie intra-crânienne, et du ramollissement aigu, par Ch. Dana. (*N. York med. Record.*, 25 juillet.) — Hémorragie cérébrale, aphasie, agraphie, etc., par Sérieux. (*Gaz. hebd., Paris*, 2 mai.) — Sur l'hémorragie cérébrale externe chirurgicale, par Brault. (*Province méd.*, 22 août.) — De l'épilepsie jaksonienne et de l'atrophie musculaire d'origine cérébrale, par Kramer. (*Jahrb. f. Psych.*, X, 1.) — Inflammation primitive aiguë du cerveau, amenant l'hémiplégie et autres paralysies, par Sharkey. (*Lancet*, 31 octobre.) — Poliencéphalite et sommeil, par Mauthner. (*Wiener. med. Woch.*, 27 juin.) — Gomme de l'hypophyse cérébrale, par Barbacci. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Des gliomes du cerveau, par Buchholz. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — Kyste parasitaire du cerveau, par Janet. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Cancer primitif du 4e ventricule, par Wunschheim. (*Prager med. Woch.*, 29.) — Cancer du cerveau secondaire à un cancer de la mamelle, par Beadles. (*Lancet*, 3 octobre.) — Un cas d'abcès du cerveau, par B. Silva. (*La Riforma medica*, 10 avril.) — Un cas d'abcès cérébral, par Venturi. (*Rivi. gen. Ital. di. clinica med.* Supplément, p. 36.) — Un nouveau chapitre de chirurgie cérébrale, par Tanzi. (*Sperimentale*, 31 octobre.) — Des opérations de chirurgie cérébrale, par Sahli. (*Samml. klin. Vorträge*, 28.) — Contribution de la chirurgie cérébrale à l'étude des localisations des centres moteurs, par Knapp. (*Boston. med. Journ.*, 22 octobre.) — Intervention chirurgicale dans les affections cérébrales, le trépan primitif excepté, par Leonte et Bardesco. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Les rapports de la commotion cérébro-spinale avec les maladies de ces organes, par Watson. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 juillet.) — De la guérison des plaies du cerveau, par Kahlden. (*Cent. f. allg. Pathot.*, II, 18.) — Sept cas de chirurgie cérébrale, par Hammond. (*Med. News.* 31 octobre.) — Cinq cas de chirurgie cérébrale, épilepsie traumatique, aliénation traumatique, tumeur cérébrale, développement défectueux, par Keen, (*Americ. J. of med. sc.*, 4 septembre.) — Coup de feu du cerveau, par Adamkiewicz. (*Przegl. lekarski*, XXX, p. 117.) — Plaie par arme à feu du lobe gauche, hémianopsie homonyme droite, par Eskridge. (*Med. News*, 17 octobre.)

Cervelet. — Etude de l'activité fonctionnelle du cervelet, par Borgherini et Gallerani. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — Un cas de gliome du cervelet, par Sobotka. (*Prager med. Woch.*, 29 juillet.)

Césarienne (op.) — Technique et pronostic de l'opération césarienne conservatrice, par Poten. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 3.) — Les résultats possibles de la délivrance césarienne, par Harris. (*Americ. J. of med. sc.*, octobre.) — De l'opération césarienne, par Laskine. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Opération de Porro, par Godson. (*Brit. med. Jour.*, 10 octobre.) — Opération de Porro pour rétrécissement pelvien, par ostéomalacie, mort, par Cosentino. (*Sicilia med.*, III, 8.) — Opération césarienne conservatrice, par Præger. (*Cent. f. Gynæk.*, 29 août.) — Un cas d'opération de Porro, par Brewis. (*Edinb. med. J.*, septembre.) — Opération césarienne répétée, trois nouveaux cas, par Rosenberg. (*Americ. J. of obst.*, octobre.) — Un cas d'opération de Porro pour myomes multiples, avec terminaison favo-

rable pour la mère et pour l'enfant, par R. Jahreiss. (*Münch. med. Woch.*, p. 374, 26 mai.)

Chancre. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et du bubon, par Balzer et Souplet. (*Bull. méd.*, 30 septembre.) — Du traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude, par Arnozan et Vigneron. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 26 juillet.)

Charbon. — Sur l'action de l'inoculation du charbon dans les centres nerveux, par Martinotti et Tedeschi. (*Cent. f. Bakter.*, X, 17.) — La guérison du charbon par les toxines de la putréfaction, par Kostjurin et Kramsky. (*Ibid.*) — Influence du sang de grenouille sur la résistance des souris contre le charbon, par Roudenko. (*Annales Inst. Pasteur*, V, 8.) — Sur les substances toxiques produites par la bactéridie charbonneuse, par Landi. (*Soc. de Biol.*, 25 juillet.) — Sur l'action du sang des animaux réfractaires injecté aux animaux susceptibles de contracter le charbon, par Serafini et Erriquez. (*La Riforma medica*, 7 juillet, p. 18.) — L'hémoglobinurie dans l'infection charbonneuse expérimentale, par Pane et Reale. (*Gaz. d. Cliniche*, 10 septembre.) — Trois cas de charbon humain, par S. Balp. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, juin, p. 448.)

Chimie. — Cours de chimie biologique et pathologique, par Bunge, trad. de Jaquet. (*In*-8°, *Paris.*)

Chirurgie. — Chirurgie opératoire à N. York hospital. (Statistique du service de Bull., 326 opér.), par Coley. (*N. York Med. Journ.*, 18 avril.) — L'étude scientifique dans la pratique de la médecine et de la chirurgie, par Paget. (*Int. Beit. z. w. med. fets. Virchow, III.*) — La pratique de la chirurgie antiseptique, par Lister. (*Ibid.*) — Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat, pendant l'année 1890, par Terrier. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 346.) — Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean, pendant les années 1886 à 1890, par Thiriar. (*Bruxelles.*) — L'aiguille aimantée dans le diagnostic chirurgical, par Landmann. (*Deutsche med. Woch.*. n° 13, p. 468.)

Chlorose. — Sur les souffles cardiaques de la chlorose, par Barrs. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.)

Choléra. — Épidémie de choléra asiatique à Tripoli, par Harris. (*Albany med. Annals*, 5.) — Le choléra en Égypte, par Sandwith. (*Lancet*, 12 septembre.) — Le choléra de Mésopotamie, de Perse et de Syrie, par Proust. (*Bull. Acad. de Méd.*, 28 juillet.) — Pathogénie du choléra morbus, par Druzylowski. (*Paris.*) — Du choléra infantile et des mesures sanitaires propres à le prévenir, par Pannwitz. (*Viert. f. gericht. Med.*, I. p. 357, avril.) — Du choléra infantile estival, par Meinert. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Prophylaxie et traitement du choléra infantile, par Meinert. (*Wiener med. Woch.*. 5 septembre.)

Chorée. — Recherches bactériologiques sur la chorée, par Pianese. (*Riforma Med.*, 14 juillet, et *Cong. de Méd. Ital. Semaine Méd.*. 28 octobre.) — Anatomie pathologique de la chorée, par Kraemer. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 2.) — Modification du système nerveux central dans un cas de chorée, par Weleminsky. (*Prag. med. Woch.*, 23 septembre.) — De la chorée chronique progressive, par Dreves. (38 p., *Gœttingue.*) — Un cas de chorée hystérique sans stigmates hystériques, par Mathieu. (*Gaz. des Hôp.*, 15 août.) — Chorée et hystérie, par Perret. (*Province méd.*, 5 sep-

tembre.) — Chorée chez l'adulte, par Fry. (*Jour. of nerv. dis.*, septembre.) De l'étiologie et du traitement de la chorée, par Groedel. (*Wiener med. Woch.,* 25 avril.) — L'antipyrine dans la chorée de Sydenham, quelques formes rares d'éruption, des récidives du tic post choréique, par Leroux. (*Rev. mal. de l'enfance*, août.)

Choroïde. — Décollement de la choroïde, par Story. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 427.) — Sarcome mélanique de la choroïde suivi de généralisation avec prédominance dans le foie, par Hanau. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Un cas de colobome bilatéral de la choroïde avec iris normaux. (*Klin. Monats. f. Augen.*, juin.) — Du carcinome métastatique de la choroïde, par Uhthoff. (*Int. Beit. z. w. med. fets. Virchow.*, II.)

Cicatrice. — Kéloïde congénitale de l'avant-bras, par Fieux. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 21 juin.)

Circulation. — Recherches sur la circulation artérielle, par Colrat. (*Lyon méd.*, 11 octobre.) — Genèse de la circulation collatérale, ses rapports avec l'influx nerveux, en particulier dans le cercle de Willis, par Cavazzini. (*Riv. veneta di sc. med.*, XIV, p. 426.) — La circulation de la veine porte dans ses rapports avec la circulation générale, par Salaghi. (*Gaz. med. Lombard.*, 4, p. 87.) — Des variations du pouls dans l'artère radiale (pouls différentiel) comme signe de rétrécissement de l'orifice veineux gauche, par Popoff. (*Int. Beit. z. w. med. fets. Virchow*, III.) — Quelques applications cliniques du sphygmomanomètre de Potain, par Haushalter et Prautois. (*Gaz. heb. Paris*, 22 août.) — État du pouls dans la stupeur, dystrophonévrose sténosique, par Whitwell. (*Lancet*, 17 octobre.)

Climat. — Les précautions à prendre pour obtenir le meilleur résultat du climat de Nice et de la Riviera, par Thomas Linn. (*Broch., Nice.*) — Une excursion à la nouvelle station climatérique de Leysin, dans le canton de Vaud, par Mollière. (*Lyon méd.*, 11 octobre.)

Cœur. — Des variations physiologiques de la situation du cœur, par Stieber. (*Thèse de Toulouse.*) — Cœur et thorax, par Duroziez. (*Union médicale*, 4 juillet.) — Recherches sur l'automatisme du cœur de la grenouille, par von Lucowicz. (*Bernstein's Unstersuch. ans dem phys. Inst. des Univ. Halle*, n° 2, 1890.) — Un cas d'hypertrophie congénitale du cœur, par Guido Rheiner. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1.) — Sur les soi-disant cellules cardiaques, par de Grazia. (*Giorn. assoz. Napolet.*, II, 3.) — État du cœur dans la débilité, par Foxwell. (*Lancet*, 24 octobre.) — Communication congénitale des deux cœurs par inoclusion du septum interventriculaire, par Dupré. (*Soc. anat., Paris*, juillet, p. 404.) — De la signification des courbes cardiaques, par Hilbert. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, Supplém.) — Des souffles extra-cardiaques, par Villard. (*Marseille médical*, n° 5, p. 257.) — Insuffisance et rétrécissement tricuspidiens, par Potain. (*Semaine méd.*, 19 août et *Union méd.*, 30 juillet.) — Rétrécissement mitral et tuberculose, par Potain. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 septembre.) Du rétrécissement mitral chez le fœtus et chez l'enfant, par Duroziez. (*Union méd.*, 4 avril.) — Du rétrécissement pulmonaire rhumatismal, par Duroziez. (*Ibid.*, 22 août.) — Rupture des tendons de la valvule mitrale, par Potain. (*Ibid.*, 25 août.) — Du roulement présystolique dans le rétrécissement aortique, par Lemoine. (*Semaine méd.*, 2 septembre.) — Pathogénie de quelques hémorragies bronchiques et gastriques observées dans le rétrécissement mitral, par Richardière. (*La Médecine mo-*

derne, 23 juillet, p. 547.) — Thrombose des artères cérébrales au cours d'un rétrécissement avec insuffisance mitrale, par ELZHOLZ. (*Wiener klin. Woch.*, 6 août.) — Le pouls lent permanent, par LEFLAIVE. (*Gaz. des Hôp.*, 3 octobre.) — Deux cas de maladie bleue, par LIÉGEOIS. (*Ibid.*) — Artériosclérose de la pointe du cœur, par HUCHARD et WEBER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 juillet.) — Des troubles de la circulation cardiaque, par KNOLL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 27 avril.) — L'arythmie cardiaque, par RÉMOND. (*Languedoc méd.*, 20 novembre.) — Myopragie cardiaque, par DEBRAY. (*Union méd. Nord-Est*, 6, p. 169.) — Des tachycardies, étude clinique et physiologique, par LARUNA. (*Thèse de Paris*, 11 novembre.) — De la tachycardie, par FRAENKEL, G. KLEMPERER et STRAHLER. (*Berlin. klin. Wochens*,, 4 mai.) — Péricardite hémorragique, aspiration, par CHURTON. (*London clin. Soc.*, 13 novembre.) — Péricardite hémorragique chez un malade atteint de maladie de Graves, ponctions répétées, double pleurésie sèche, guérison, par SHATTUCK. (*Boston med. j.*, 5 novembre.) — Diagnostic différentiel des exsudats péricardiques et de la dilatation cardiaque, par SCHOTT. (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) — Endocardite infectieuse expérimentale, par JOSSERAND et ROUX. (*Lyon méd.*, 6 et 20 septembre.) — Endocardite et lésions valvulaires du cœur, par LIEBERMEISTER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 641.) — Endocardite ulcéreuse, autopsie, par ENGLAND. (*Med. News*, 1er août.) — Infection consécutive à l'endocardite chronique, par PAULUS. (*Deut. med. Woch.*, 17.) — Contribution à l'étude de la rupture spontanée du cœur, par ASCHENBRENNER. (*Th. de Münich*, 1890.) — Rupture du ventricule droit, mort en 25 heures, par SQUIRE. (*N. York med. record*, 30 mai.) — Rupture du cœur, oblitération de l'artère coronaire antérieure, par ACHALME. (*Soc. Anat., Paris*, 24 juillet.) — Un cas de mort subite par rupture de varices du cœur, par JOURNIAC. (*La Médecine moderne*, 5 mars.) — La tuberculose du cœur, par POLLAK, relevé de 26 cas. (*Pester med. chir. Presse*, octobre.) — Plaie pénétrante du cœur, embolie cérébrale, par KARPLUS. (*Wiener. klin. Woch.*, 17 septembre.) — Traitement du collapsus, par GILLET. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 19, p. 293.) — Histoire de quatre systèmes de traitement du cœur, par G. SÉE. (*La Médecine moderne*, 7 mai.) — Sur l'élasticité de contraction du cœur. Des médicaments régulateurs du cœur, par G. SÉE. (*Bull. Acad. de Méd.*, 23 juin.)

Conjonctif (Tissu). — Du développement des fibrilles de tissu conjonctif, par FLEMMING. (*Int. Beit. z. w. med. fetsch. Virchow*, I.) — Etude de cellules basophiles et acidophiles dans le tissu conjonctif, par BERGONZINI. (*Anat. Anzeiger*, VI, 20.)

Conjonctive. — Anatomie des inflammations de la conjonctive, par MUTERMILCH. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Sur la conjonctivite granuleuse dans les écoles d'Algérie, par PANAS. (*Bull. Acad. Méd.*, 1er septembre.) — Épidémie de conjonctivite folliculaire dans les écoles de Dresde, par W. KRUG. (*Zeitschr. f. Schulges.* 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 350.) — La conjonctivite impétigineuse, par PANAS. (*Revue gén. de clin.*, n° 38.) — Emphysème de la conjonctive, par THOMPSON. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 122.) — Un cas d'hémorragie conjonctivale persistante chez un nouveau-né, consécutive à l'instillation d'une solution de nitrate d'argent, par P. DE SCHWEINITZ. (*New-York med. record*, p. 456, 18 avril.) — Chancre de la conjonctive oculaire, par LANG. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 37.) — Gomme de la conjonctive, par SILCOCK (*Ibid.*) — Idem, par LAWFORD. (*Ibid.*) — Gomme de la conjonctive, par MATIGNON et VIGNERON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juillet.) — Conjonctivite tuberculeuse

guérie par le traitement de Koch, mais récidivant rapidement, par Albrand. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 mai.) — Lymphatisme et trachome, par Truc. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Pathologie du trachome, par Raehlmann. (*Wiener. med. Woch.*, 9 mai.) — Histoire du trachome depuis les campagnes de Napoléon I[er] jusqu'en 1889, par P. Krause. (*Thèse de Berlin*, 1890.) — Perchlorure de mercure dans le trachome et autres affections de la conjonctive, par Scott. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 39.) — Le traitement du trachome, par Sroczynski. (*Cong. des Méd. polon. Ann. d'ocul.*, octobre.) — Pterygion avec diplopie, guéri par opération, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, septembre.) — Du papillome de la conjonctive, par Fuchs. (*Arch. of ophthalm.*, XX., 4.) — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, par Darier. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.) — D'une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse, par Abadie. (*Bull. méd.*, 23 août.) — Traitement de la conjonctivite diphtéritique et diphtéroïde par le jus de citron, par Abadie. (*Bull. de thér.*, 30 août, et *Rev. mal. de l'enf.*, août.)

Coqueluche. — Contagion des formes abortives de la coqueluche, par Eigenbrodt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, p. 493.) — Sur un cas de récidive de coqueluche, par Le Gendre. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — Coqueluche traitée par l'ouabaine, par Porteous. (*N. York. med. Journ.*, 26 septembre.) — Essence de cyprès dans la coqueluche. par Bravo. (*Rev. Med. de Chili*, 7.) — Du bromoforme dans la coqueluche, par S. Schippers. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 29 août.) — De la naphtaline contre la coqueluche, par Chavernac. (*Bull. de thér.*, 30 octobre.) — Sur la naphtaline dans le traitement de la coqueluche, par Garnier. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Du traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, par Simon. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 20, p. 307.) — Emploi du benzol pur dans la coqueluche, par Robertson. (*Lancet*, 8 août.)

Cornée. — Recherches expérimentales sur la kératite septique, par Silvestri. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Kératite phlycténulaire inoculée au lapin, Burckhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 976, 20 octobre 1890.) — Kératite goutteuse, par Chevallereau. (*France méd.*, n° 21, p. 321.) — Trois cas de kératite circonscrite profonde ou K. nummulaire de Stellwag, par Pflueger. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 avril.) — De la fluorescine et du cautère actuel contre les ulcères de la cornée, par de Schweinitz. (*Med. News*, 15 août.) — Un accident possible, mais remédiable dans la kératotomie, par Santos Fernandez. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 8.) — Contribution casuistique au traitement des plaies pénétrantes, par contusion et par coupure de la cornée et de la sclérotique, par Eversbuch. (*Muench. med. Woch.* n[os] 28 et 29.) — Deux cas de coloration de la cornée, par le segment sanguin, par Collins. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 43.) — Cornée conique, galvanocautère sans perforation de la cornée, par Critchett. (*Ibid.*, XI, p. 150.) — Plaque épithéliale hyperplasique de la cornée, par Duboys de Lavigerie. (*Soc. d'oph. Paris*, 6 octobre.) — Papillome de la cornée, par Ayres. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 19 septembre.) — Epithélioma de la cornée et de la conjonctive, par Critchett et Juler. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 47.) — De la suture de la cornée, par Galezowski. (*Mercredi méd.*, 12 août.)

Corps étranger. — Corps étrangers des voies aériennes, par Wessinger. (*N. York med. Journ.*, 12 septembre.) — Corps étranger de la trachée, enfant de 6 mois, mort, par Sérullaz. (*Lyon méd.*, 11 octobre.) — Corps étranger de la trachée, petit ballon à gonfler avec tige de bois, trachéotomie, ablation sans chloroforme, par Glasgowe. (*N. York Med. Journ.*,

24 octobre.) — Corps étrangers des bronches, par Rushmore. (*N. York. med. Journ.*, 25 juillet.) — Des corps étrangers du poumon, par Braun. (*Wiener med. Blätter*, 27 août.) — Sur la détermination des corps étrangers ayant perforé le globe oculaire, par Gallemaerts. (*La Clinique,* avril.) — Cils ayant pénétré dans la chambre antérieure par une plaie de la cornée, par Johnston. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom,* XI, p. 124.) — Idem, par Clarke. (*Ibid.*, p. 125.) — Traitement des corps étrangers de la cornée, par Dehenne. (*Revue gén. de clinique*, n° 25, p. 388.) — Corps étrangers de l'œil, par Haltenhoff. (*Soc. méd. Genève*, 1er juillet, et *Ann. d'ocul.*, octobre.) — Extirpation d'un fragment d'acier de la rétine avec l'électro-aimant, par Thompson. (*Lancet*, 24 octobre.) — Procédé d'extirpation des corps étrangers de l'oreille, par Ward Cousins. (*Lancet*, 3 octobre.) — Corps étranger de l'oreille depuis 9 ans, par Dawson. (*Med. and surg. reporter*, 17.) — Corps étranger du tube digestif, entraînement par la cure de pommes de terre, par Solis Cohen. (*Med. News*, 8 août.) — Corps étranger de l'urètre et de la vessie, chez une jeune fille de 16 ans, extraction par l'urètre, par Estor. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 8 août.) — Extraction non sanglante d'une épingle à cheveux de la vessie, chez une femme, au moyen du cystoscope, par Schendel. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Corps étrangers du vagin, par Habit. (*Wiener med. Presse*, 10.) — Corps étranger ayant séjourné 30 ans dans le vagin, par Szigethy. (*Orvosi hetilap.*, n° 52, 1890.) — Extraction d'une bouteille ayant séjourné 3 mois et demi dans le rectum, par Gokieloff. (*Vratch.*, 31.) — Drain perdu dans une fistule de la fesse, par Carsino de Moura. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 septembre.) — Kyste développé autour d'une aiguille enfoncée dans un doigt, par Kummer et Cristiani. (*Rev. de Chir.*, août.) — Cas rare d'une balle ayant séjourné 20 ans dans le corps, par Franz. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 291, p. 901.)

Cou. — Des tumeurs congénitales du cou, par Titze. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Fibro-sarcome du cou avec ophtalmoplégie externe et paralysie sympathique, par Wurdemann. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 septembre.)

Crâne. — La surface horizontale du crâne, par Braunf. (*Int. Beit. z. w. med. Fetsch. Virchow*, I.) — Quelques anomalies des enveloppes crâniennes du nouveau-né, avec considérations cliniques, par Bonnaire. (*Progrès médical*, 13 juin.) Méthodes de mensuration, de fixer la position et la direction des circonvolutions cérébrales, par rapport au crâne, nouveau crânioencèphalomètre, par Koehler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Traumatisme avec perforation du crâne, par Petrucci. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Examen clinique de trois cas de fracture compliquée du crâne, avec enfoncement et troubles cérébraux, par Castellana. (*Il Pisani.*) — 91 cas de plaies du crâne par armes à feu, par Bradford et Smith. (*Boston med. Journ.*, 15 octobre.) — Blessure du crâne par arme à feu, par Fröhlich. (*Münch. med. Woch.*, p. 594.) — Quatre cas de plaie pénétrante, par armes à feu, intéressant les cavités crânienne, pleurale et péritonéale, par Th. Manley. (*N. York med. record.*, 13 juillet.) — Fracture de la base du crâne avec paralysie unilatérale du moteur oculaire externe ; guérison de la fracture, par Kœhler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 433, 4 mai.) — Contusion du crâne datant de dix mois. Céphalalgie rebelle et grave. Trépanation. Amélioration rapide. Guérison datant de neuf mois, par Terrillon. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVI, p. 305.) — Sur un cas grave d'épilepsie Jacksonnienne à la suite de fracture du crâne, extraction des fragments et guérison rapide, par Calliano. (*Il Morgagni,* juin.) — Fracture compliquée

du crâne, réapposition des fragments, réunion, par Clarke. (*Clin. Soc. London*, 9 octobre.) — Faits de comblement des pertes osseuses du crâne, par la méthode de Kœnig, par Schœnborn, von Eiselsberg, Jul. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 476, 11 mai.) — Guérison de pertes de substance du crâne, par les plaques de celluloïde, deux cas, par V. Eiselsberg. (*Soc. des Méd. de Vienne*, 29 mai.) — De la résection temporaire de la voûte crânienne, par Mellinghoff. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII.) — Résection ostéoplastique du crâne, par Mugnai. (*La Riforma medica*, 15 juillet, p. 97.)— De la crâniectomie dans la microcéphalie, par Horsley. (*Brit. med. j.*. 12 septembre.) — Craniotomie linéaire pour microcéphalie, par Keen. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 8 août.) — Tumeur du crâne d'origine osseuse et d'apparence anévrismale, par Baurac. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Sur un cas de formation d'exostoses multiples du crâne avec atrophie unilatérale de la face, par Krakauer. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Fibrome cartilaginifère congénital du crâne avec hypertrichose, par Arnold. (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.* VIII, 1.) — Ophtalmoplégie bilatérale due à un sarcome du sphénoïde, par Williamson. (*Med. chronicle*, septembre.) — Paralysie unilatérale des nerfs crâniens dans un cas de cancer de la base du crâne, par Sternberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 5 et 6.) — Pathologie et traitement des tumeurs intra-craniennes, par Knapp. (*Boston*, 160 p.)

Criminel. — L'anthropologie criminelle, par Francotte. (*in*-8°, *Paris.*)

Cristallin. — Du lenticonus, par Knaggs. (*Lancet*, 19 septembre.) — Sur quelques recherches bactériologiques dans les cataractes, par Dubief. (*Ann. d'oculist.*, septembre.) — Trois cas de résorption intra-capsulaire de cataractes séniles, par Czermak. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, vril.) — Contribution à l'étude d'une production vitreuse sur la cristalloïde et la membrane de Descemet, par Gepner. (*Arch. f. Opht.*, XXXVI, 4.) — Cataracte avec kératite et iritis, par Dor. (*Lyon méd.*, 8 novembre.) — Quelques cas exceptionnels de cataracte, par Collins. (*Lancet*, 29 août.) — Iridectomie ou non dans l'opération de la cataracte, par Cross. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Cataracte commençante, étiologie, pronostic, traitement, par Risley. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 29 août.) — Comment on doit faire l'opération de la cataracte, par Chisolm. (*Ibid.*) — Pression sur le globe après l'expulsion du cristallin, par Jackson. (*Ibid.*) — Le besoin d'une protection efficace de l'œil après l'opération de cataracte, appareil nouveau, par Frothingham. (*Ibid.*, 29 août.) — Extraction du cristallin à la curette, nouvelle anse fenêtrée, par Millée. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — 450 cas d'extraction simple de cataracte sénile, par Greef. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — 200 cas de cataracte, par Kershbaumer. (*Ibid.*, XX, 3.) — Quelques points du développement de la cataracte, par Brailey. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 66.) — Cataractes antérieures capsulaires et pyramidales, par Mules. (*Ibid.*, XI, p. 70.) — Rupture étendue de la capsule postérieure à la suite d'un coup de pierre sur l'œil, par Collins. (*Ibid.*, XI, p. 126.) — Du prolapsus de l'iris, après l'extraction de la cataracte, par Kramsztyk. (*Cong. des Méd. polon. Ann. d'ocul.*, octobre.) — Pansement après l'opération de la cataracte à grand lambeau supérieur, par Gaupillat. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 8.)

Croissance. — Physiologie, pathogénie et traitement de la croissance, par Delmis. (*in-8°, Mâcon.*)

Cysticerque. — Cysticercus racemosus des méninges cérébrales et spinales, par Richter. (*Prager med. Woch.*, 16.)

Cystinurie. — Obs. sur un cas de cystinurie, par Picchini et Conti. (*Sperimentale*, 15 septembre.)

D

Daltonisme. — Analyse physiologique d'un cas rare de cécité partielle pour les couleurs (Trichomasie du spectre), par M. V. Vintschgau. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 431.)

Démographie. — Cause principale de la diminution des naissances en France, en 1890, par Bloch. (*Semaine méd.*, 11 novembre.)

Dent. — Traité des maladies des dents, par Metnitz. (*Vienne.*) — L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant considéré comme accident de dentition, par Baumel. (*Rev. mal de l'enf.*, septembre.) — Sur les précautions à prendre par les dentistes pour éviter la transmission des maladies contagieuses, par Lancereaux. (*Annales d'hyg. publ.*, mai.) — Inconvénients de la poudre de charbon comme dentifrice, par Eyssautier. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — De l'implantation des dents artificielles, par Znamensky. (*Cent. f. med. Wiss.*, 7 février.)

Désinfection. — Les travaux russes sur la valeur de l'ozone comme désinfectant, par K. P. Kowalkowsky. (*Zeitschr. f. Hyg.* IX.) — La question de la désinfection, par Geppert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — Encore la désinfection, par Geppert. (*Ibid.*, 32.) — La désinfection des fèces, par Sternberg. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 22 août.)

Diabète. — Étiologie et traitement du diabète sucré, par de Renzi et Reale. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — Diagnostic et pronostic du diabète, par Le Gendre. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 août.) — Pathogénie du diabète, par Lépine (*Lyon méd.*, 25 octobre.) — Le ferment glycolytique du sang et la pathogénie du diabète sucré, par L. Sansoni (*Gionale Accad. di med., Torino*, juin p. 411.) — Glycosurie et diabète, par Collins. (*Med. Chronicle*, XIV, 5.) — Le diabète sucré, son traitement homéopathique et balnéologique, par Kafka. (in-12, *Leipzig*.) — Du diabète sucré, par Kallay (*Broch. Vienne.*) — Des échanges respiratoires dans le diabète, par Leo. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, supplém.) — Les diabétiques : les gras et les maigres ; diabète constitutionnel ; diabète pancréatique, par Lancereaux. (*Gaz. méd., Paris*, 29 août.) — Les affections oculaires dans le diabète, par Hirschberg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 467.) — La claudication intermittente comme moyen de diagnostic dans les cas de diabète au début, par Vizioli. (*Revista clinica terap.*, n° 6, p. 299.) — De la pneumaturie en général et du diabète sucré en particulier, par Senator. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Diabète sucré de la grossesse, par Fry. (*Med. News*, 10 octobre.) — Un cas de diabète insipide chez un hystérique (polyurie simple sans azoturie ni phosphaturie), par Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juillet.) — Diabète insipide avec aspermie et impotence, par Linden. (*Int. Cent. f. phys. d. Harn. u. Sexualorg.*, III, 1.) — De l'action de la douche massage d'Aix-les-Bains sur la glycosurie et la nutrition des diabétiques gras, par Forestier. (*Arch. de méd.*, septembre.)

Diphtérie. — Statistique de la diphtérie à la Charité de Lyon, pendant l'année 1889, par Rabot. (*Province méd.*, 19 septembre.) — Statistique de la

diphtérie et du croup à l'Hôpital Stéphanie à Buda Pesth, dans ces deux dernières années, par Bokai. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 4.) — Statistique de la diphtérie à Berlin en 1890, et des conditions météorologiques, par Wachsmuth. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 58.) — Relation d'une épidémie de diphtérie à Neuville-les-Dames, par Destot. (*Province méd.*, 1er août.) — Une petite épidémie diphtérique de maison, par Hebold. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 19, p. 647.) — Diphtérie dans le centre de l'Afrique, par Bowie. (*Lancet*, 19 septembre.) — Causes et prophylaxie de la diphtérie dans les villes, par Washburn. (*Med. News*, 5 septembre.) — Étiologie de la diphtérie, par Vaughan. (*Med. Age*, 15.) — De la diphtérie, par E. Rilard. (in-8°, 48 p., *Paris.*) — De la diphtérie, par Cornil. (*Semaine méd.*, 26 août.) — De la diphtérie scarlatineuse, par Sörensen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 5 et 6.) — De la transmissibilité de la diphtérie aviaire à l'homme, par Barbier. (*Ann. Soc. méd. chir. Liège*, avril.) — Notes sur la diphtérie aviaire, ses rapports avec la diphtérie humaine, par Haushalter. (*Revue méd. de l'Est*, 10, p. 289.) — L'invasion du bacille diphtérique, par Wachsmuth. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 9 août.) — Les rapports du bacille pseudo-diphtérique et du bacille diphtéritique, par Abbott. (*Bull. John Hopkins hosp.*, 15.) — Les modifications histologiques dans la diphtérie expérimentale, par Welch et Flexner. (*John Hopkins hosp. Bull.*, août.) — De l'hypertoxémie tardive dans la diphtérie, par Dauchez. (*Rev. gén. de clinique et de thérap.*, n° 23, p. 356.) — De la myocardite diphtérique aiguë, par Rabot et Philippe. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.) — Complications rares de la diphtérie (emphysème, hémorragies après trachéotomie) par Schwalbe (*Deut. med. Woch.*, 21.) — Paralysie bilatérale des droits externes, suite de diphtérie, par Morton. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 106.) — Un cas de diphtérie cutanée, par E. Neisser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 703.) — Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoques, par Sevestre et Gastou. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juin.) Du traitement de la diphtérie, par Vitkowsky. (*Vratch*, 29 août.) — Traitement de la diphtérie, par Gaucher. (*Gaz. des hôp.*, 20 oct. et *Médecine moderne*, 1er oct.) — Traitement de la diphtérie, par Concetti. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Traitement de la diphtérie, par Pulowski. (*Wiener klin. Woch.*, 21.) — Qu'a appris le praticien sur le traitement de la diphtérie pendant ces dernières 15 années? par Hildenbrandt. (*Münch. med. Woch.*, p. 322 et 342.) — Comment on traite actuellement la diphtérie dans les hôpitaux d'enfants de Paris, par Ricci. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 10.) — De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse, par Eloy. (*Rev. de clin. et de thérap.*, nos 26, 27, p. 404, 417.) — L'acide chlorhydrique dans la diphtérie, par Kraszewski. (*Gazeta Lekarska*, 28, p. 555.) — Diphthérie et créosote, une médication préventive de la bronchopneumonie survenant après la trachéotomie, par Soupault. (*Rev. mal. de l'enf.*, septembre.) — Du traitement de la diphtérie par les irrigations salicylées, par Parisot. (*Bull. gén. de thér.*, 15 sept.) — Des indications du tubage dans la diphtérie laryngée, par Escherich. (*Wiener klin. Woch.*, 7.)

Dysentérie. — Étiologie de la dysentérie, est-elle infectieuse, par Greenlee (*Med. news*, 19 septembre.) — Quelques observations microscopiques et bactériologiques faites pendant une épidémie d'entéro-colite dysentérique, par A. Maggiora. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juillet, p. 718.) — Traitement de la dysentérie par les lavements d'eau chaude phéniquée, par Korytin. (*Vratch*, 42, p. 951, 1890.) — Créoline dans la dysentérie, la diarrhée séreuse et les troubles estivaux, par Watson. (*Therap. Gaz.*, 15 août.)

E

Eau. — Manuel pratique d'analyse bactériologique des eaux, par Miquel. (In-18. *Paris.*) — L'analyse microbiologique des eaux, par G. Roux. (*Bull. méd.,* 18 octobre.) — Recherches bactériologiques sur les eaux potables, par Reinsch. (*Cent. f. Bakt.*, X, 13.) — Etude critique des procédés d'épuration et de stérilisation des eaux de boisson, par Gabriel Pouchet. (*Annales d'hyg. publ.*, avril.) — Qualités nécessaires aux eaux potables des villes, par R. Wawrinsky. (*Hygiea,* octobre 1890, et *Hyg. Rundschau*, I, p. 449.) — Les filtres des distributions d'eau urbaines, par C. Fraenkel et par C. Piefke. (*Verhand. der deutschen Vereins für oeffentl. Gesundh. zu Braunschweig*, 1890, et *Hyg. Rundschau,* I, p. 416.) — De quelques micro-organiques voisins du bacille typhique dans l'eau potable de Rome, par Santori. (*Atti. Accad. med. di Roma*, V, série 2.) — Purification de l'eau du Nil servant à la boisson, par Ebn Radonan de l'Hégire, 1068, par Eloni-Bey. (*Lyon méd.*, 6 septembre.) — Analyse des eaux du Gabon et du Congo, par Léotard. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Discussion sur la distribution d'eau dans les districts ruraux. (*Brit. med. J.*, 8 août.) — Perfectionnements apportés dans la fabrication de l'eau de Seltz artificielle, disposition du siphon, par Pietra Santa. (*Acad. des sc.,* 3 août.)

Eaux minérales. — La Suisse balnéaire et climatérique, ses eaux minérales, bains, stations climatériques, etc., par Delaharpe. (In-8°, 400 p. *Zurich.*) — Buxton, ses bains et son climat, par Crespi. (*Bristol med. chir. j.,* septembre.) — Analyse chimique de plusieurs eaux minérales importantes du département d'Oran, par Lacour-Aymard. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Les eaux minérales des Etats-Unis, par Kelly. (*N. York med. Record*, 2 mai.) — De l'arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy, par de Bosia. (In-18, *Mâcon.*) — Action curative des eaux d'Evian dans les perversions nutritives des arthritiques caractérisée par de l'hypoazoturie ou du désiquilibre urinaire, par F. Chiaïs. (*Paris*, 1890.)

Éclampsie. — L'éclampsie puerpérale, discussion à l'Assoc. brit. (*Brit. med. J.,* 26 septembre.) — Éclampsie puerpérale, par Miller. (*Med. News*, 7 novembre) — Éclampsie puerpérale, par Barnes. (*Brit. med. J.*, 7 novembre.) — L'éclampsie chez une femme enceinte, par Altobelli. (*Rivista clinica e terap.,* n° 6, p. 308.) — Éclampsie traitée par l'antipyrine, par Palmer. (*Lancet*, 24 octobre.) — Opération césarienne contre l'éclampsie à la fin de la grossesse par Swiecicki. (*Wiener med. Blaetter,* 25 juin.)

Eczéma. — Les causes de l'eczéma, par Duncan Bulkley. (*N. York med. Record*, p. 395, 4 avril.) — Nature et cause de l'eczéma, par Hutchinson. (*Med. News*, 1er août.)

Électricité. — Les progrès de l'électrothérapie en France, par Larat. (*Rev. int. d'électroth.*, octobre.) — Électochimie, électrolyse médicamenteuse et action des corps à l'état naissant, application de cette méthode de traitement à la médecine, par G. Gautier. (*Ibid.*) — De la valeur et des limites de l'électrothérapie, par Gessler. (*Muench med. Woch.*, p. 567.) — L'électricité comme agent thérapeutique, par Herdmann. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Comment on doit se servir des appareils à courants interrompus, par Courtade. (*Revue gén. de clinique et de thérap.,* n° 24, p. 372.)

— Aiguilles de platine pour électrolyse, par NEWMAN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 août.) — Mon appareil électrique, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 22, p. 861.) — Un nouvel électroscope pour l'urètre, le vagin, l'oreille, le nez, par CASPER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Hydroélectrodes pour l'électrisation de l'œil, par NOISZEWSKI. (*Cong. des méd. polon. Ann. d'ocul.*, octobre.) — Nouvel électrode abdominal, par WHITCOMB. (*Americ. j. of Obst.*, octobre.) — De l'ophtalmie électrique et du coup de soleil électrique, par BRESSE. (*Thèse de Nancy.*) — Le traitement électrique de la neurasthénie, par VIGOUROUX. (*Gaz. des hôp.*, 15 septembre.) — Sur le traitement par l'effluvation de la myosite rhumatismale subaiguë et chronique, par DOUMERC. (*Bull. méd. Nord*, 12.) — L'action des courants constants sur l'utérus, par PROCHOWNICK et SPAETH. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Du traitement électrique en gynécologie, par MALLY. (*Ann. de gyn.*, novembre.)

Éléphantiasis. — Un cas d'éléphantiasis congénital, par SPIETSCHKA. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 5.) — Un cas rare d'éléphantiasis double, par BOGDAN. (*Bull. soc. méd. Jassy.*, V, 4.) — Éléphantiasis kystique congénital, par WILSON. (*Americ. j. of Obst.*, octobre.) — Un cas d'éléphantiasis du scrotum, par FENGER. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Amputation du membre supérieur gauche éléphantiasique, par RAFIN. (*Lyon méd.*, 2 août.)

Embolie. — Embolie d'une branche de l'artère pulmonaire, inhalations d'oxygène, guérison, par FELL. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 juillet.)

Embryologie. — Quelques points d'embryologie pathologique, par HIS. (*Int. Beit. z. w. Med. Fets. Virchow*, I.) — De la membrane vitelline du poulet, par H. VIRCHOW. (*Ibid.*, I.) — Des modifications de l'œuf humain, par HASSE. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 2.)

Empoisonnement. — Étude du morphinisme aigu et chronique chez le chat, par GUINARD. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Remarques sur l'intoxication chronique par la morphine, par TOTH. (*Orvosi Hetilap*, 19 et 20, 1890.) — Du morphinisme, par OBERSTEINER. (*Wiener med. Blaetter*, 19 novembre.) — La prévention du morphinisme, par MATTISON. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 31 octobre. — Traitement de la morphinomanie par suppression brusque, par DEERING. (*Thèse de Paris*, 19 novembre.) — Empoisonnement par l'opium, par WAGONER. (*N. York med. Journ.*, 5 septembre.) — Cas particulier d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par MAULWURF. (*Wiener klin. Woch.*, 10.) — Accidents gastriques à la suite de l'ingestion de gouttes de Baumé, par LE JEUNE. (*Gaz. des hôp.*, 8 septembre.) — Empoisonnement par les baies de belladone, par HALL. (*Brit. med. Journ.*, 24 octobre.) — De la toxicité des préparations d'aconit, par LEREBOULLET. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 octobre.) — Empoisonnement par l'aconit, guérison, par WARRINEE. (*N. York med. Record*, 2 mai.) — Effets toxiques de la cocaïne, traitement, par FULLERTON. (*Lancet*, 19 septembre.) — Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, par TRZEBICKY. (*Wiener med. Woch.*, 19 septembre.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par WATKINS. (*N. York med. Journ.*, 19 septembre.) — Des coagulations intravasculaires dans l'intoxication par l'aniline et les chlorites (réponse à W. Falkenberg), par O. SILBERMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 899.) — Empoisonnement par l'antikamnie (mélange d'acétanilide et de bicarbonate de soude). (*Americ. Pract. and News*, 12 septembre.) — De l'empoisonnement par l'exalgine, par BEOUHEA NIGRIS. (*Ann. di Chim.*, XIV, 2.) — Empoisonnement par l'acide phénique, 30 grammes d'une solution à 90 °/₀, guérison, par GREENWAY. (*Lancet*, 29 août.) — Ictère consécutif à un pansement

phéniqué, par R. Landau. (*Deutche med. Woch.*, nº 23, p. 753.) — Empoisonnement par l'acide phénique, guérison, par Rigby. (*Lancet,* 10 octobre.) — Des lésions histologiques de l'empoisonnement par le sublimé, par Barbacci. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — La question du sublimé et M. Geppert, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, 29.) — Cinq cas d'empoisonnement chronique mercuriel, par Adler. (*Med. News*, 15 août.) — Empoisonnement mercuriel par une tablette antiseptique, par Sheehy. (*Med. News*, 31 octobre.) — Empoisonnement par les sels d'Epsom, par Sang. (*Lancet*, 7 novembre.) — Symptomatologie de l'empoisonnement aigu par le plomb, par H. Schmidt. (*Centrbl. für klin. Med.*, 28, p. 537.) — Emploi de l'atropine dans l'empoisonnement par le plomb, par Humphreys. (*Lancet,* 21 novembre.) — Empoisonnement par le phosphore, par Hood. (*Lancet*, 17 octobre.) — Un cas d'empoisonnement par l'arsenic et un cas par l'acide sulfurique par Kunze. (*Therap. Monats.*, octobre.) — La nature du poison des poissons, par Arustamoff. (*Cent. f. Bakteriol.*, X, 4.) — Des empoisonnements par les saucissons et la viande, par Galky et Paak. (*Revue internat. des falsif.*, mai.) — Empoisonnement par les champignons à Bone, par Chevalier. (*Bull. soc. mycol. de France*, VII, I.) — Sur un cas d'empoisonnement par l'amanita citrina, par Planchon. (*Ibid.*)

Enfant. — Clinique des maladies des enfants à Montpellier, compte rendu annuel, par Giral. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 31 octobre.) — Enfants assistés, moralement abandonnés et protection du premier âge, par Barthès. (In-8°. *Caen.*) — Les maladies des enfants à Paris, rapport de la mortalité avec la morbidité, par Goubert. (In-8°, 170 p., *Paris.*) — Introduction aux maladies de l'enfance, par Ballantyne. (In-8° *Edimbourg.*) — Le huitième exercice du premier dispensaire pour enfants de la Société philanthropique, par Comby. (*Rev. mal. de l'enf.*, août.) — La construction des hôpitaux pour enfants, isolement et prophylaxie des maladies contagieuses, etc., par Baginsky. (*Arch. f. Kinderh.*, XIII, 4.) — Recherches anatomo-pathologiques à l'hôpital Stéphanie pour enfants, par Preisz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 1 et 2.) — Des difficultés du diagnostic en médecine enfantile, par Descroizilles. (*Union méd.*, 1er août.) — Absence d'ossification de la voûte crânienne chez un nouveau-né, par Condamin. (*Province méd.*, 15 août.) — Des modifications anatamo-pathologiques dans une maladie endémique à Charkow, par Ivanowski. (*Int. Beit. z. w. Med. Fets. Virchow*, III.) — Fœtus gigantesque pesant 11,300 grammes, long de 70 centimètres et large, d'un acromion à l'autre, de 19 centimètres, par Ortega. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 octobre.) — Trois mille cinq cents observations sur le pouls, la respiration et la température des enfants, par Shufeldt. (*N. York med. Journ.*, 5 septembre.) — La thérapeutique et ses indications générales chez l'enfant, par Sevestre. (*Gaz. des hôp.*, 3 septembre.) — De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants, par Ollivier. (*Gaz. méd. Paris*, 26 septembre.) — Un cas de sclérose multiple cérébro-spinale chez l'enfant, rapports de cette lésion avec les maladies infectieuses, par Nolda. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 2.) — Sur la chirurgie du système nerveux chez l'enfant, par Chipault. (*Rev. mal. de l'enf.*. août.) — La chorée chez l'enfant, par Baumel. (*Union méd.*, 7 juillet.) — De la fréquence de la tuberculose chez les enfants, par P. Simon. (*Revue méd. de l'Est*, nº 8, p. 225.) — Premiers documents pour servir à l'histoire des injections de sérum de chien pratiqué chez les enfants nouveau-nés issus de tuberculeuses ou nés en état de faiblesse congénitale, par Pinard. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Sur le diagnostic de la pleurésie chez les enfants, par Colrat. (*Lyon méd.*, 9 août.) — La pleu-

résie du médiastin, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 3 novembre.) — Etiologie de l'empyème chez l'enfant, par Koplik. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Traitement des rhumes communs chez l'enfant, par Allyn. (*Med. News*, 29 août.) — Troubles respiratoires hystériques chez les enfants, par Chaumier. (*Poitou méd.*, août.) — Endocardite consécutive à la circoncision judaïque, par Czerny. (*Prag. med Woch.*, 30 septembre). — Du rétrécissement mitral chez le fœtus et chez l'enfant, par Duroziez. (*Arch. de tocol.*. septembre.) — Les affections de la bouche chez l'enfant, par Plant. (*Americ. Lancet*, avril.) — De la digestion stomacale chez les petits enfants et de la valeur thérapeutique des lavages, par Troitzky, (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 4.) — Étiologie des troubles aigus de la digestion chez les nourrissons, par Seiffert. (*Ibid.*, XXXII, 4.) — La gastro-entérite alimentaire chez l'enfant, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 19 septembre.) — Hypertrophie du pylore chez un enfant de sept semaines, par Pitt. (*London path. Soc.*, 20 octobre.) — Un cas de cirrhose hépatique chez un enfant de neuf ans, par Bettelheim. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 438.) — Ictère chez l'enfant, avec hypertrophie temporaire du foie, par Carpenter et Syers. (*Lancet*, 12 septembre.) — Fièvre entérique chez un enfant de 9 mois, par Fuller. (*Lancet*, 7 novembre.) — Usage et action du salol et de l'arsénite de cuivre dans la diarrhée des enfants, par E. Mensi. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juin, p. 468.) — Des accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites par J. Simon. (*Bull. méd.*, 9 septembre.) — Extirpation de l'appendice vermiforme chez un enfant de 22 mois, pour appendicite, par Summers. (*Med. News*, 31 octobre.) — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par J. Simon. (*Bull. méd.*, 15 novembre.) — Dothiénentérie, méningite suppurée consécutive, due au bacille d'Eberth, par Breton. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, octobre.) — L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, considéré comme accident de la dentition, par Baumel. (*Rev. mal. de l'enf.*, septembre.) — Étude de l'hydronéphrose chez l'enfant, par Ayrer. (In-8°, 28 p., *Gœttingue.*) — De la cystite chez les enfants, par Delpont. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 10 octobre.) — Étude sur la vulvo-vaginite des petites filles, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juillet.) — Hémorragies chez les nouveau-nés, par Townsend. (*Boston med. J.*, 27 août.) — Induration du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés, par Qvisling. (*Arch. f. Kinderh.*, XII, 5 et 6.) — De la résection du coude chez les enfants, par Foutry. (*Thèse de Lille.*) — Le phimosis dans l'enfance, ses complications et son traitement, par de Saint-Germain. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — De la lithotritie chez les enfants, par Alexandrow. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — De la cure radicale des hernies chez l'enfant, par Bayer. (*Prager med. Woch.*, 35.) — Sarcome de la prostate chez un enfant de 9 mois, par Tordeus. (*Journ. méd. Bruxelles*, 1890.) — Deux cas de cancers du pénis chez de jeunes enfants, opération, guérison, par Ihle. (*Wiener med. Blaetter*, 20.) — Absence de rectum, aucune ouverture anormale de l'intestin, opération, par Jondeau. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, octobre.) — Double pyosalpynx chez une enfant de 21 mois, par Cheatle. (*Lancet*, 14 novembre.)

Épidémie. — Histoire des épidémies observées en Angleterre de 1510 à 1890, par T. et S. Thompson. (In-8°, 490 p., *Londres*, 1890.)

Épilepsie. — État épileptique, par Trowbridge. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — De la circulation cérébrale pendant les accès d'épilepsie, par Todorsky. *Vratch*, 20 juin.) — Étiologie de l'épilepsie, ses rapports avec les convul-

sions infantiles, par Walton et Carter. (*Boston med. J.*, 5 novembre.) — Épilepsie procursive, par Ferguson. (*N. York med. Journ.*, 5 septembre.) — Folie épileptique, étiologie, traitement, d'après cent cas, par Fisher. (*Med. News*, 14 novembre.) — Sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques, par Féré. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 5.) — De l'épilepsie jacksonienne et du tic convulsif épileptiforme jacksonien, par Bernheim. (*Bull. méd.*, 18 novembre.) — De l'influence des attaques d'épilepsie sur la température, par Mairet et Bosc. (*Montpellier méd.*, 16 octobre.) — Deux cas d'épilepsie avec albuminurie, pris pour des convulsions urémiques, par Tyson. (*Med. News*, 31 octobre.) — Les épileptiques meurent-ils fréquemment de phtisie? par C. Agostini. (*Atti d. Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 237.) — Le traitement médical et chirurgical de l'épilepsie, par Sachs. (*N. York Acad. of med.*, 15 octobre.) — Deux cas d'épilepsie traumatique, traitée par la trépanation, par Miles. (*Lancet*, 21 novembre.) — Un cas de trépanation pour épilepsie corticale traumatique, par Fink. (*Prager med. Woch*, 30.) — Épilepsie traitée par l'hydrate d'amylène, par Dunn. (*Journ. mental sc.*, octobre.) — Sur les effets, l'élimination, l'accumulation du bromure de potassium avec déductions cliniques au sujet de son emploi dans l'épilepsie et les maladies nerveuses en général, par Odin. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le bromure de strontium dans l'épilepsie, par Féré. (*Soc. de biol.*, 17 octobre.)

Érysipèle. — Étiologie de l'érysipèle, par Jordan. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Érysipèle de la face chez un diabétique albuminurique guéri par les badigeonnages d'ichthyol, par E. Ceppi. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte.*, 15 mai.) — Érysipèle dans l'état puerpéral, par Hirigoyen. (*Journ. méd. Bordeaux,* 18 octobre.) — Etude sur un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face, par Schmit. (*Bullet. soc. de chir.*, XVII, p. 69.) — Un cas de guérison d'érysipèle de la face à répétition, curage du pharynx, par Lavrand. (*Rev. de laryng.*, 1er août.)

Érythème. — De l'ulérythème sycosiforme, par Sack. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 4.) — Érythème multiforme généralisé, par Duhring. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Érythème kératode palmaire et plantaire, par Brooke. (*Brit. J. of dermat.*, novembre.) — Cas d'érythème iris, par Behrend et Saalfeld. (*Berlin klin. Wochens*, 1er juin.)

Estomac. — La diététique des maladies de l'estomac, par Chéron. (*Union méd.*, 21 juillet.) — Détermination de l'acide chlorhydrique libre en présence des phosphates acides, au moyen du carbonate de chaux, par C. Friedheim et H. Leo. (*Arch. für die gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 614.) — Réactions motrices de l'estomac, provoquée par l'excitation de sa surface extérieure, par C. Luderitz. (*Ibid.*, XLIX, p. 158.) — Sur la détermination quantitative et l'existence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par A. Fawizky. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIII, 2.) — Influence de l'électrisation directe sur la sécrétion gastrique, par Jones. (*N. York med. Record.*, 13 juin.) — Sur les modifications de la digestion stomacale sous l'influence de la fatigue, par I. Salvioli. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mai, p. 195.) — Troubles moteurs de l'estomac, par Stockton. (*Med. News*, 1er août.) — De l'estimation quantitative des acides dans le suc gastrique par la méthode Sjoqvist et la modification de Jacksch, par Pfungen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, suplém.) — La dyspepsie, séméiotique, chimie, thérapeutique, par Rodriguez y Abaytua. (*Broch. Madrid.*) — Des crises gastriques douloureuses, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — Existence d'alcalescence et d'hypochlorurie de l'urine chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac avec gastrosuccorrhée et gastrohypokinèse, par A. Ferrannini. (*La Riforma medica*, 27 avril.) —

Pathologie et traitement des maladies de l'estomac, par Rossoni. (*Cong. de méd. int. Rome Bull. méd.*, 25 octobre.) — Gastrectasie, par Wolff. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Présence de la « sarcina ventriculi » dans l'estomac d'un lapin, par E. Perroncito. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, juin, p. 289.) — Contraction en sablier de l'estomac avec large ulcère, par Saundby. (*Birmingham med. Rev.*, octobre.) — Traitement des affections nerveuses de l'estomac, par V. Sohlern. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mai.) — Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre.) — Traitement moderne de la dyspepsie et de la gastrite chronique, par Van Valzah. (*N. York med. Journ.*, 29 août.) — Du diagnostic et du traitement des dyspepsies chroniques à l'aide de la réaction de Gunzburg, par Richardière. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 19, p. 289.) — Ulcère de l'estomac guéri par la diète de crème glacée, par Herstey. (*Med. News*, 8 août.) — Nouvelle méthode pour l'électrisation directe de l'estomac, par Einhorn. (*N. York med. Record*, 9 mai.) — Traitement du catarrhe chronique de l'estomac par les irrigations avec la solution de nitrate d'argent, par Forlanini. (*Cong. de méd. ital.* et *Semaine méd.*, 28 octobre.) — Recherches sur le traitement des maladies de l'estomac, par Henne. (*Zeit f. klin. Med.*, XIX, supplém.) — Egagropyle dans un estomac humain, habitude d'avaler des cheveux, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 2 juin.) — Troubles cérébraux et cancer de l'estomac, par Charpentier. (*Rev. gén. de clin.*, 38.) — Carcinome de l'estomac, par Mouisset. (*Rev. de méd.*, octobre.) — La gastrite dans le carcinome de l'estomac, par J. Fischl. (*Zeits. für Heilk.*, 3, p. 317.) — Cancer hémorragique de l'estomac à forme d'ulcère rond, par Tapret. (*Union méd.*, 18 août.) — Résultat des opérations pratiquées pour le cancer de l'estomac, par Guinard. (*Bull. méd.*, 22 novembre.) — De la gastrostomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrostomie sans obturateur et sans sonde à demeure, par Lafourcade. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 novembre.) — Cancer de l'œsophage et gastrostomie, par Tripier. (*Lyon méd.*, 19 juillet.) — Un cas de gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Woinow. (*Vratch*, 4.) — Un cas de gastrostomie par la méthode de Hacker, pour un rétrécissement infranchissable du cardia, par Weir. (*N. York med. Record*, 25 juillet.) — De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusions du pylore, par Jalaguier. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 octobre.) — Pylorectomie avec gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac, guérison, par Jessett. (*Lancet*, 24 octobre.) — Recherches sur les mouvements et le contenu de l'estomac dans un cas de gastrostomie, par Handford. (*London clin. Soc.*, 25 octobre.) — De la gastro-entérostomie, par E. Hahn. (*Deutsche med. Woch*, 30.)

Exanthème. — Éruption cutanée par l'usage de la quinine, par Welch. (*Med. News*, 19 septembre.) — Éruptions ioduriques sérieuses, par Gémy. (*Ann. de dermat.*, II, 8 et 9.) — Éruption bromurique polymorphe chez une femme de 50 ans, par Marty. (*Soc. de dermat. Paris*, 23 juillet.) — Dermatite iodoformique, par Tuttle. (*Boston med. Journ.*, 8 octobre.)

Expectoration. — De l'acide borique contre le crachat vert, par Combemale et Ladrière. (*Bull. méd. du Nord*, 14, p. 333.)

F

Face. — Contribution à la mesure des angles de la face, par C. Gaudenzi,

(*Giornale Accad. di med. Torino,* avril, p. 145.) — De l'hémiatrophie de la face, par Muratow. (*Vratch.*, 25.) — Hémiatrophie faciale, par Jankau. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 26.) — De l'épithélioma superficiel de la face et de son traitement, par Brocq. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 23, p. 349.)

Ferment. — Sur les ferments de l'ananas, par Kayser. (*Ann. Instit. Pasteur*, V, 7.) — Sur le mode d'action du ferment butyrique dans la transformation de la fécule en dextrine, par Villiers. (*Acad. des sc.*, 20 juillet.) — Influence de l'élévation de température sur les ferments digestifs, par E. Biernacki. (*Zeitschrift f. Biologie,* X, p. 49.)

Fièvre. — De la production de chaleur dans la fièvre, par Rosenthal. (*Biol. Centralb.*, XI, 18 et *Int. Beit. z. w. med. Fets. Wirchow*, I.) — La fièvre et la constipation chez les opérés, par Périer. (*Gaz. des hôp.*, 1er septembre.) — Prévention de la fièvre dans les Indes, par Moore. (*Lancet*, 22 août.) — La fièvre inflammatoire, par Pascale. (*La Riforma medica*, 13 mars.) — De la fièvre glandulaire, par Protassow. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 4.) — Des fièvres prédominantes à Massaouah, par Rho. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.) — Recherches sur la fièvre récurrente, par Soudakewitch. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 9.)

Fièvre jaune. — La fièvre jaune à Rio, par Cleary. (*Med. News*, 19 sept.) — Sur les inoculations préventives de la fievre jaune, par Freire. (*Acad. des sc.*, 10 août.)

Fistule. — De l'occlusion de très vastes fistules vésico-vaginales, par Bardenheuer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 mai.) — Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales, par Le Dentu. (*Bull. Soc. chir.*, XVI, p. 589.)

Foie. — Étude du foie des poissons et des produits qu'il fournit à la thérapeutique, par Suis. (*Thèse de Toulouse.*) — Du contenu des cellules du foie en phosphore, soufre et fer, par von Lingen. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Le foie forme-t-il de l'urée? par Slosse. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 juillet.) — A propos de l'action du foie sur la cocaïne, par Chouppe et Gley. (*Soc. de Biol.*, 25 juillet.) — Sur le rejet par le foie de la bile introduite dans le sang, par Wertheimer. (*Acad. des sc.*, 24 août.) — Du foie glycogène, considérations physiologiques, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 novembre.) — Considérations cliniques et thérapeutiques sur le foie antiseptique, par Dujardin-Beaumetz. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 août.) — Contribution à la pathologie et au diagnostic des affections du foie, par Cherchevski. (*Progrès médical*, 29 août.) — Du rôle des agents infectieux dans la pathogénie et les complications de certaines affections hépatiques, (*Rev. gén. de clin. et de thér.* 40.) — De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par Poucel. (2e *édit., Paris.*) — Pathologie générale de l'ictère, par Mya. (*Congr. de méd. ital., Semaine méd.*, 28 octobre.) — Sur les rapports de certaines affections du foie avec les infections microbiennes à propos de deux cas d'ictère terminés par la mort (ictère calculeux, ictère de la grossesse), par Raymond. (*Semaine méd.*, 1er août.) — De la pathogénie des ictères graves et de leur traitement par l'essence de térébenthine, par Carreau. (*La Médecine moderne*, 12 et 26 mars.) — Deux cas de souffle hépatique, par Martini. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.) — Ictère par résorption à la suite de polyarthrite rhumatismale aiguë, de la soi-disant maladie de Weil, par Leiblinger. (*Wien. med. Woch.*, 16 mai.) — Sur la cirrhose hypertrophique du foie, par Benedetto Cimino. (*Rivista clinica e terap.,* n° 6,

p. 301.) — Période prodromique de la cirrhose hépatique d'origine alcoolique, par Lancereaux. (*Semaine méd.*, 16 septembre.) — Cirrhose alcoolique rapidement guérie par le calomel à petite dose : angiocholite terminale infectieuse, etc., par Bouchard. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 octobre.) — De l'intoxication par les moules comme cause de la cirrhose du foie chez les Fuégiens, par Segers. (*Prensa, Buenos-Ayres*, 23 juillet, et *Semaine méd.*, 4 nov.) — Un cas d'hépatite suppurée, par Xibilia. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 174.) — Abcès du foie englobant la plèvre, le poumon, le rein et le côlon, par Roughton. (*Lancet*, 22 août.) — Abcès du foie et amibes du côlon, par Eichberg. (*Med. News*, 22 août.) — Étude des amibes de l'entérite et de l'hépatite, par Lutz. (*Cent. f. Bakter.*, X, 8.) — Hépatite suppurative et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie, par Legrand. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Abcès secondaire du foie, par G. d'Antona. (*Riv. clin. e terap.*, 7.) — Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie dans la grossesse, par de Plowecki. (*Thèse de Toulouse.*) — Hépatotomie pour abcès central du foie, par Zuco. (*Boll. Soc. lancisiana, Roma,* X, 3.) — Des affections calculeuses du foie, par Naunyn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 381, 13 avril.) — Traitement mécanique de l'ictère catarrhal et de la colique hépatique, par Puerckhauer. (*Münch. med. Woch.*, 35.) — Sur le traitement des affections hépatiques, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 août et 15 septembre.) — Chlorure d'ammonium dans le traitement des affections hépatiques, par Stewart. (*Lancet*, 26 septembre.) — Des nécroses du parenchyme dans le foie des tuberculeux, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 22 oct.) — Étude de l'angiome du foie, par Pilliet. (*Ibid.*, 3 juillet.) — Cancer primitif du foie du type épithélioma tuberculo-alvéolaire, par Hallion. (*France méd.*, 26.) — Deux laparotomies pour plaies du foie, par Terrier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 513.) — Laparotomie pour rupture du foie, par Dalton. (*Weekly med. Rev.,* 4 oct. 1890, et *Gaz. hebd. Paris*, 12 septembre 1891.) — Un cas de résection du foie pour kyste hydatique, par Cunco. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.)

Fracture. — Des fractures pathologiques, par Duplay. (*Gaz. hebd. Paris,* 15 août.) — Sur les pseudarthroses et sur le cal difforme et leur traitement, par C. Romano. (*Il Morgagni,* mars et avril.) — Névralgie suite de fracture guérie par une opération, par Sayre. (*N. York med. Journ.*, 22 août.) — Fracture du maxillaire inférieur, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier,* 12 septembre.) — De la suture osseuse primitive dans les fractures fermées de la clavicule, par Poirier. (*Semaine méd.*, 2 septembre.) — Traitement des fractures de l'humérus intéressant l'articulation du coude, par Stimson. (*Med. News*, 3 octobre.) — Traitement des fractures simples et récentes de l'olécrâne, par Bellin. (*Thèse de Lyon.*) — Fracture de l'olécrâne, suture osseuse, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.,* XVII, p. 331.) — Fracture de l'olécrâne par coup de sabre, suture osseuse, rétablissement complet des mouvements, par Michaux. (*Ibid.*, XVI, p. 801.) — Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde, par Walther. (*Soc. anat. Paris*, 22 octobre.) — Fracture spontanée du fémur chez un ataxique, par Philippesco. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, V, 3.) — Résultats du traitement des fractures simples du corps du fémur, par Smith. (*Med. News*, 26 septembre.) — Quelques fractures rares de jambe, par Hodges. (*N. York med. Journ.*, 10 octobre.) — Sur le traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse, par Vigné. (*Thèse de Montpellier.*) — Fracture du péroné chez un enfant par contraction musculaire, par Chapin. (*N. York med. Journ.*, 12 septembre.) — Fracture par écrasement de l'astragale, ablation de cet os, par Jaboulay. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 novembre.) — Traitement ambulatoire des fractures

des membres inférieurs, par F. Krause. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 13, p. 457.) — De l'extension continue appliquée au membre inférieur, par Hennequin. (*Journ. de méd. prat.*, 25 août.) — Traitement des fractures (compression ouatée continue), par Treuthardt. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, p. 295.)

Furoncle. — Traitement du furoncle et de l'anthrax par l'acide borique, par Alison. (*Rev. gén. de clin.*, 33.) — Sur le traitement général de la furonculose, par Gingeot. (*Ibid.*, 17.)

G

Gangrène. — Un cas de gangrène symétrique des pieds, par Brown. (*Lancet*, 8 août.) — Deux cas de maladie de Raynaud, chez un brightique et chez un syphilitique, par Jacoby. (*N. York.med.Journ.*, 7 février.) — Pathogénie de la gangrène, par Roger. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 août.) — De la gangrène angiosclérotique, par Zœge-Manteuffel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — De la gangrène phéniquée, étude expérimentale, par Frankenburger. (*Thèse d'Erlangen.*) — Gangrène de la jambe à la suite de la fièvre typhoïde, amputation de cuisse, guérison, par Camus. (*Arch. de méd. milit.* oct.) — Traitement des gangrènes spontanées des membres inférieurs, par Henry. (*Thèse de Montpellier.*)

Génitaux (Org.). — Malformation des organes génitaux, par Boursier et Constantin. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 juillet.) — Atrésie des organes génitaux chez la femme, par Barsony. (*Orvosi Hetilap*, 50, 1890.) — Anomalie de développement des organes génitaux, par Fieux. (*Journ. de Méd. Bordeaux*, 12 juillet.) — Sur une variété de balano-posthite inoculable, contagieuse, parasitaire. La balano-posthite érosive, circinée, par Berdal et Bataille. (*Médecine moderne*, 30 avril.) — Aperçus cliniques sur l'inflammation chronique simple du confluent génito-urinaire et sur les complications névralgiques chez l'homme, par Smith. (*In*-8°, 74 p. *Gand.*) — Opération des fistules péniennes, par Lauenstein. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Adhérences des petites lèvres, par Chipault. (*Bull. méd.*, 6 septembre.) — Hymen imperforé, par Hemenway. (*Americ. Journ. of Obst.*, août.) — Occlusion partielle de la vulve par une bride cicatricielle à la suite des incisions postéro-latérales de P. Dubois, par Léon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 septembre.) — Enorme fibro-myome de la grande lèvre, ablation, par Polaillon. (*Gaz. méd. Paris*, 8 août.) — Adénome de la glande de Bartholin, par E. Coen. (*Bull. Sc. med. Bologna, série* VI, *vol.* XXIV et *Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, VIII, 3.) — De la tuberculose des organes génitaux chez la femme, par Podbelski. (*Wratch*, 33.) — Tumeurs du clitoris, par Peckham. (*Americ. J. of Obst.*, octobre.) — Des tumeurs malignes de la vulve, par Sassy. (*Thèse de Montpellier.*) — Quatre cas de cancer du clitoris, opération, par Townsend. (*Albany med. Annals*, 3.) — Un cas de cancer du clitoris, par Merkle. (*Inaug. diss. Munich.*) — Contribution à la casuistique de l'hydrocèle de la femme, par Lammert. (*Münch. med. Woch.*, 29.) — De quelques nouvelles opérations plastiques sur les organes génitaux de la femme, par Winckel. (*Ibid.*, 30, p. 535.) — De l'existence ou de l'absence de sensations voluptueuses dans l'acte sexuel, par Krafft-Ebing. (*Intern. Centrbl. für die Physiol. und Pathol. der Harn-und Sexualorgane*, II, 3 et 4.) — Les

fonctions de reproduction chez les Indiennes de l'Amérique, par Currier. (*Med. News*, 3 octobre.)

Genou. — Du genu valgum infantile, par Phocas. (*Rev. d'Orthop.*, 1er novembre.)

Géographie méd. — Contribution à la géographie médicale des établissements français dans l'Inde, Chandernagor, par Guilloteau. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.)

Glaucome. — Glaucome hémorragique, trois cas, par Randolph. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 septembre.) — Un cas de glaucome traumatique, par Garnié. (*Vratch*, 4 juillet.) — Glaucome chronique, par Hartridge. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 64.) — Glaucome et affections du nerf optique, par Schweigger. (*Arch. of Ophtalm.*, XX, 4.) — Pathologie et traitement du glaucome, par Priestley Smith. (*Londres.*) — Influence de l'ésérine et de l'iridectomie dans le glaucome chronique, par de Schweinitz. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 19 septembre.)

Goût. — Gustation colorée, par Sollier. (*Soc. de Biol.*, 14 novembre.)

Goutte. — Diagnostic et traitement de la goutte, par Mordhorst. (*Wiener med. Woch.*, 2 mai.) — Diathèse goutteuse chez la femme, multiplicité de ses formes, transformation apparente de ses manifestations, par Baudon. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 septembre.) — La goutte du poumon, par Barié. (*Rev. gén. de Clin.*, 26.)

Graisse. — Sur la formation des graisses dans l'organisme animal, par Lambling. (*Bull. méd. du Nord*, n° 8, p. 185.)

Greffe. — De la greffe cutanée par la méthode de Thiersch, par Jungengel. (*Verhandl. phys. med. Gesel. Würzburg*, XXV, 4.) — Trois cas de greffe épithéliale d'un épiderme corné, par Kibler. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 8 août.) — Transplantation de volumineux lambeaux cutanés pour remédier à des difformités, par Schreiber. (*Wiener med. Woch.*, 2 mai.) — La greffe chez l'homme et l'implantation d'os morts, par Buscarlet. (*Thèse de Paris*, 11 novembre.)

Grippe. — La grippe dans l'armée française en 1889-90, par Kelsch et Antony. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Les épidémies de grippe de 1889-90-91 et leur distribution en Angleterre, par Parsons. (*Brit. med. J.*, 8 août.) — L'influenza en 1891, par Eade. (*Ibid.*.) — Note sur deux cents cas de grippe à Sheffield, par Gwynne. (*Lancet*, 29 août.) — De la grippe et de ses complications, par Piggott. (*Ibid.*) — La grippe à bord du Champlain en 1890, par Bellot. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — La grippe dans l'Amérique du Nord, par Frink. (*Veterinar Journ.*, octobre.) — L'épidémie de grippe dans la marine allemande, par Elste. (*Marine Rundschau*, II, 4 et 5.) — La récente épidémie d'influenza à Londres, par Brodie. (*Rev. gén. des Scienc. pures*, 30 octobre.) — Recherches sur l'épidémie de grippe des deux dernières années, par Arcularius. (*N. York med. Monats.*, 6.) — L'influenza, rapport du local board sur l'épidémie de 1889-90, par Parsons. (*In*-8°, *Londres.*) — Rapport sur l'épidémie de grippe ou influenza qui a sévi en 1889-90 dans le département de la Gironde, par Vergely. (*In*-8°, 36 p. *Bordeaux.*) — La grippe en Perse, par Tholozan. (*Bull. Acad. Méd.*, 1er septembre.) — L'épidémie d'influenza de 1890-91 à Chicago, par Fletcher Ingals. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Des récidives de la grippe en 1891, par A. Laurent. (*Rev. d'Hyg.*, mai.) — De la grippe épidé-

mique, par Davies. (*Practitioner*, octobre.) — La grippe et le caractère présumé de son agent pathogène, par Dubrulle. (*Gaz. hebd. Paris* 1er août.) — La contagion de la grippe, par Courrent. (*Gaz. des Hôp.*, 20 août.) — La pathologie de l'influenza, son caractère nerveux, par Althaus. (*Lancet*, 14 novembre.) — La diffusion de l'influenza par contagion, par Sisley. (*Ibid.*) — Toxines grippales, par Althaus. (*London med. Soc.*, 2 novembre.) — La grippe, les trois grands plexus viscéraux et le sympathique vaso-moteur, par Peter. (*Gaz. des Hôp.*, 29 septembre.) — Des psychoses suite de grippe, remarque sur un cas de paralysie progressive, par Krypiakiewicz. (*Jahrb. f. Psych.*, X, 1.) — Troubles mentaux dans la grippe, par Ayer. (*Boston med. Journ.*, 17 septembre.) — Névroses de la grippe, par Savage. (*London med. Soc.*, 2 novembre.) — La grippe cause de névrite rétro-bulbaire et autres lésions nerveuses oculaires, par Weeks. (*N. York med. Journ.*, 8 août.) — Méningo-myélite cervicale consécutive à la grippe, par Mackay. (*Lancet*, 1er août.) — Trois cas d'apoplexie cérébrale, un de coma progressif, un de méningite, consécutifs à la grippe, par Prentin. (*Med. News*, 29 août.) — Grippe simulant la sclérose cérébro-spinale en plaques, par Clevenger. (*Times and Register*, II, p. 63.) — Hystérie chez un enfant de 6 ans, consécutive à la grippe par Railton. (*Lancet*, 10 octobre.) — Deux cas de péricardite consécutive à l'influenza, par G. Bassi. (*Rassegna di Scienze mediche.*) — L'endocardite infectieuse dans la grippe, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 12 septembre.) — Ulcération de la cornée, suite de grippe, par Higgens. (*Lancet*, 3 octobre.) — Exophtalmie temporaire et ophtalmoplégie externe, suite de grippe, par Callan. (*Arch. of Opht.*, XX, 3.) — Traitement de quelques affections oculaires consécutives à la grippe, par Lindner. (*Wiener med. Woch.*, 25 avril.) — Maladie de Ménière consécutive à la grippe, guérison, par Bobone. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 11.)

Grossesse. — De l'assistance des femmes enceintes, par A. Pinard. (*Broch. Paris.*) — La durée de la grossesse, cas anormaux, par Oliver. (*Lancet*, 26 septembre.) — Le diagnostic de la grossesse dans les premiers mois, par Jewett. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Diagnostic de la grossesse fausse et douteuse, par Napier. (*Brit. med. J.*, 7 novembre.) — Vomissements de la grossesse, étiologie, traitement, par Blume. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 22 août.) — Sur quelques cas de vomissements incoercibles pendant la grossesse, par G. Sangregorio. (*Il Morgagni*, mai.) — Grossesse et maladies du cœur, par Remy. (*Arch. de Tocol.*, août.) — Œdème pulmonaire suite de néphrite compliquant la grossesse, par Anthony. (*Boston med. J.*, 29 octobre.) — Deux cas de grossesse avec maladie de Bright et anurie presque complète, par Herman. (*Americ. J. of med. Sc.*, novembre.) — Mal de Pott et grossesse, par Myers. (*Americ. J. of Obst.*, novembre.) — De la grossesse après l'hystéropexie, par Labusquière. (*Ann. de Gynéc.*, août.) — De la grossesse après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine, par Fraipont. (*Arch. de Tocol.*, juillet.) — De la grossesse après la ventrofixation de l'utérus rétrofléchi, par Saenger. (*Cent. f. Gynaek.*, 31 octobre.) — Du traitement de l'hyperémésie de la grossesse, par Cohnstein. (*Ibid.*, 5 septembre.) — De quelques distinctions entre les jumeaux provenant d'un seul ou de deux ovules, par Rumpe. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 2.) — De quelques cas de grossesse gémellaire en rapport avec la quantité d'eau de l'amnios, par Cosentino. (*Sicilia med.*, III, 8.) — Grossesse gémellaire avec transformation papyracée de l'un des fœtus et atrophie de la portion correspondante du placenta, par Haushalter et Schuhl. (*Revue méd. de l'Est*, 15, p. 466.) — Grossesse dans un cas d'utérus double (didelphe) et de vagin cloisonné ; contribution

à l'étude de la grossesse et de l'accouchement dans les anomalies de développement, par G. CURATULO. (*Riforma med.*, 9 mai.) — Grossesse compliquée de cancer du col, de placenta prævia et d'inertie, par FLÖEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 août.) — Contribution à l'anatomie des grossesses ectopiques, par FR. DOBBERT. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XXIII, 1.) — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début, par HALLIDAY CROOM. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — De la grossesse tubaire dans les premiers mois, par CARSTEN. (*Berlin. Klin.*, 35.) — Grossesse ovarique, par HERZFELD. (*Soc. méd. de Vienne*, 10 avril.) — De la grossesse insterstitielle, par FELSENREICH. (*Wiener med. Woch.*, 31 octobre.) — Un cas d'hématosalpinx causé par une grossesse tubaire, par THEILHABER. (*Münch. med. Woch.*, n° 492.) — Avortement tubaire, double hématosalpinx, opération, guérison, par DORAN. (*Brit. med. Journ.*, 10 octobre.) — Grossesse ectopique, par BANTOCK. (*Brit. gynæc. Soc.*, 22 octobre.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, par WILLIAM HAMILTON et CHARLES HAMILTON. (*N. York med. Journ.*, 22 août.) — Grossesse extra-utérine, curetage de l'utérus suivi d'avortement, par AXTELL. (*Ibid.*, 12 septembre.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, par PICCININI. (*Boll. Soc. lancisiana, Roma*, X, 3.) — Obs. de grossesse extra-utérine, laparotomie, par BYFORD. (*Americ. J. of Obst.*, novembre.) — Laparotomie pour une grossesse extra-utérine ancienne, avec perforation intestinale, guérison, par FLOTHMANN. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 17, p. 594.) — Grossesse extra-utérine. Lithopædion siégeant sur un kyste placé à la face antérieure de l'utérus et saillant sans intermédiaire dans la cavité péritonéale. Extraction du fœtus et du kyste, guérison, par TUFFIER. (*Bull. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 364.) — Grossesse extra-utérine. Menace de rupture. Laparotomie au huitième mois. Enfant vivant. Mort de la mère en deux heures. Mort de l'enfant en vingt-quatre heures, par LEBEC. (*Ibid.*, XVII, p. 274.) — Grossesse extra-utérine, rupture intrapéritonéale à la 5e semaine, opération trois semaines après, guérison, par RUFUS HALL. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er août.)

Gynécologie. — Chirurgie gynécologique aseptique et antiseptique à Roosevelt hospital, par JARMAN. (*Americ. J. of med. Sc.*, août.) — Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice, par DOLÉRIS. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 7.) — Les trois premières années d'exercice de la clinique gynécologique et pédiatrique de l'hôpital Maria-Vittoria, par G. BERRUTI. (*Giornale Accad. di Med. Torino, mars*, p. 129.) — L'emploi de la méthode sacrée dans les opérations gynécologiques, par GOLDMANN. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.)

H

Helminthe. — Bibliographie d'helminthologie clinique, par HUBER. (*In-8°, Munich.*) — Les parasites animaux de l'espèce humaine dans la région lyonnaise en particulier, par DRIVON. (*Lyon méd.*, 20 septembre.) — Présentation d'un cas de bilharziose contractée en Tunisie et observée à Lyon en juin 1891, par BRAULT. (*Lyon med.*, 2 août.) — Note sur un cas de bilharzia hematobia, par VILLENEUVE. (*Marseille médical*, 6, p. 321.) — Filariose, par ROBERT. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 137.) — Nouveau genre de strongle dans la caillette du bœuf, par OSTERTAG. (*Zeitschrift f. Fleisch-

und Milchhygiene, 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 161, 15 février.) — Trois cas de maladie causée par le rhabdomena intestinal, par SONSINO. (*Riv. gen. ital. di clin. med. Supplément*, p. 47.) — Considérations sur le cryptococcus gyratus du lapin, par E. PERRONCITO. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 283.) — Sur le développement du mégastome intestinal, par E. PERRONCITO. (*Ibid.*, juin, p. 287.) — Cas d'ankylostomiase avec coïncidence d'un grand nombre de mégastomes intestinaux, par E. PERRONCITO. (*Ibid.*, juin, p. 284.)

Hématome. — Un cas de céphalématome triple, par OUI. (*Arch. de Tocol.*, octobre.)

Hémoglobinurie. — Un cas d'hémoglobinurie, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 12 novembre.) — Recherches sur le sang et sur l'urine d'un adulte atteint d'hémoglobinurie paroxystique, par T. TESSARI. (*Rivista veneta di scienze mediche.*) — Hémoglobinurie à la suite de gelures, par RINONAPOLI. (*Broch., Naples.*)

Hémorragie. — Contribution à l'étude de l'hémorragie secondaire dans ses rapports avec la cicatrisation des vaisseaux, par LATIS. (*La Riforma medica*, 18 avril.) — Un cas de diathèse hémorragique, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 juillet.) — De l'hémophilie héréditaire, par VON LIMBECK. (*Prager med. Woch.*, 7 octobre.) — Du tamponnement intra-utérin dans le traitement des hémorragies de la délivrance, par HAUSSY. (*Thèse de Paris*, 19 novembre.) — De l'hémorragie utérine mixte et abondante pendant la grossesse et l'accouchement, sans insertion vicieuse du placenta, par Mme HENRY. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Hémorragie post partum, guérison, hémorragie grave du cordon ombilical, moyen de l'arrêter, par WAGONER. (*N. York med. Journ.*, 31 octobre.) — L'hydrastinine dans les hémorragies utérines, par CZEMPIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 novembre.)

Hémorroïdes. — Traitement des hémorroïdes par la glycérine iodée, par PREISMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 12, p. 868.)

Hernie. — Hernie diaphragmatique traumatique, par PARTZEVSKY et SMIRNOW. (*Med. Obosren.*, XXXVI, 17.) — Anatomie pathologique des hernies inguinales, par EPPINGER. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.) — Observation sur le travail de Kaufmann sur la hernie inguino-propéritonéale, par SCHMIDT. (*Cent. f. Chir.*, 31 octobre.) — Hernie inguinale oblique externe chez une fille, étranglement, anus artificiel, guérison, par BUTTERLIN. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — Sac herniaire inguinal de 22 centimètres renfermant l'intestin grêle, les colons, l'ovaire et le ligament large, sans adhérences aucunes, par L. MÉGEVAND. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, p. 235.) — Opération de hernie inguinale étranglée. Mort par étranglement interne dû à une flexion de l'intestin, par ANCRENAZ. (*Ibid.*, XI, p. 298.) — Éthérisation locale dans les hernies étranglées, par WILHELM FINKELSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mai.) — De l'opération radicale des hernies scrotales chez les enfants au-dessous d'un an, par KAREWSKI, WÖLFLER, VON BERGMANN. (*Ibid.*, 4 mai.) — Statistique de 35 cures radicales de hernies inguinales par la méthode Bassini, par ESCHER. (*Ibid.*, 4 mai.) — Technique de la cure radicale des hernies inguinales, par LANDCRER. (*Ibid.*) — Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle étranglée et de l'hydrocèle du cordon dans sa portion inguinale, par E. DE PAOLI. (*Atti Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 11.) — Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, par SCHWARTZ. (*Semaine méd.*, 7 octobre.) — Cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses, par HUMBERT,

(*Thèse de Lyon.*) — Cure radicale d'une hernie inguinale, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 36.) — Quelques points du traitement pour la cure radicale des hernies, par Clarke. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 8 août.) — Nouveau procédé pour la cure radicale des hernies inguinales, par A. Mugnai. (*La Riforma medica*, 22 avril.) — De la cure radicale de la hernie, par Bennett. (*Lancet*, 12 septembre.) — Réduction des hernies étranglées par les injections alcooliques, par Zangger. (*Lancet*, 1er août.) — Deux cas de hernie gangrenée, par Floel. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Traitement de la gangrène des hernies intestinales étranglées, par Gattai. (*Sperimentale*, XLV, 16.) — Traitement de la hernie étranglée ou non par la torsion du sac, par Davy. (*Lancet*, 21 novembre.) — Résection de l'intestin suivie de suture pour hernie étranglée et gangrenée, guérison, par G. Russo-Travali. (*La Riforma medica*, 9 mars.) — Deux cas de réduction en masse traités par la laparotomie, par Thorburn. (*Med. chron.*, XIV, 6.) — Hernie crurale étranglée avec sac à diverticule, guérison, par A. Mugnai. (*La Riforma medica*, 22 avril.) — Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale de la hernie crurale, par E. Tricomi. (*La Riforma medica*, 1er juin.) — Le traitement de la hernie par la laparotomie médiane, discussion à l'Association britannique. (*Brit. med. Journ.*, 26 septembre.) — Hernie étranglée rétro-péritonéale, hernie mésentérique de Cooper, par Barrs. (*Lancet*, 8 août.) — Un cas de hernie congénitale de l'ombilic avec ouverture du sac, cure radicale, par de Larabrie. (*Arch. de méd.*, septembre.) — Hernie du cœcum à gauche, par Broca. (*Soc. anat.*, *Paris*, 8 octobre.) — Etude sur la hernie obturatrice, par Picqué et Poirier. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Cure radicale d'une laparocèle, par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 septembre.)

Herpès. — De l'herpès zoster des muqueuses, par H. Fournier. (*Journ. mal. cut.*, p. 419.) — Études théoriques et cliniques sur l'herpès, par Gamberini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 1.) — Un cas « d'herpès zoster » généralisé fébrile, par G. Pugliesi. (*La Riforma medica*, 13 juin, p. 689.) — Herpès chronique récidivant de la cavité buccale, par Flatau. (*Deutsche med. Woch.*, nº 22.) — De l'herpès récidivant, par Le Quément. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur un staphylocoque trouvé dans les vésicules d'un herpès, par Frenkel. (*Lyon méd.*, 2 août.) — Manifestations, évolutions et indications thérapeutiques de l'herpétisme, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 7 octobre.)

Histologie. — Sur quelques méthodes de la micrographie moderne, par Dowdeswell. (*Ann. de microg.*, nº 10.) — L'histoire du microscope, par Wilson. (*Int. Journ. microscop.*, p. 168.) — Manuel de technique microscopique, par Garbini. (*In-12, Milan.*) — Revue sur les travaux concernant la coloration du tissu nerveux par le bleu de méthylène, par Riese. (*Cent. f. allg. Pathol.* II, 20.)

Hôpital. — Études sur l'hôpital Anna à Schwérin, par Mettenheimer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 4.) — L'hôpital Humbert Ier de l'ordre de Saint-Maurice et Lazare à Turin. (*Hygienische Rundschau*, I, p. 470.) — Notes pour servir à l'histoire des établissements hospitaliers de Corbeil, par Dufour. (*Broch., Corbeil.*) — Les hôpitaux marins et le sanatorium Renée Sabran à Hyères, par Vidal. (*Lyon méd.*, 1er nov.)

Hydatide. — Observation d'un kyste hydatique du poumon, par Marconnet. (*Progrès médical*, 27 juin.) — Un cas d'échinocoque multiloculaire de la vésicule biliaire, par Huber. (*D. Arch. f. kl. Med.*, XLVIII, p. 432.) —

Kyste hydatique suppuré du foie simulant des calculs biliaires, rupture dans le poumon, par Cattle. (*Lancet*, 10 oct.) — De la pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie, par Raffy. (*Thèse de Paris*, 25 nov.) — Quelques cas d'hydatides du foie, par Martini. (*Arch. ital. di. clin. med.*, XXX, 3.) — Kyste hydatique du foie traité par injection de liqueur de Van-Swieten, par Hue. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Kyste hydatique du foie, intoxication hydrargyrique, par Wilbouchevitch. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Un cas d'ablation de deux volumineux kystes à échinocoques du foie, par G. Bendandi. (*La Riforma medica*, 3 avril.) — Hydatides du péritoine, compliqués de grossesse avec placenta prœvia, par Barnes. (*Provinc. med. journ.*, 1er juin.) — Des hydatides du péritoine au point de vue chirurgical, par Matlakowski. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Un cas de kyste hydatique du muscle couturier, par C. Koch. (*Münch. med. Woch.*, p. 516.) — Des hydatides des os, par Essaulow. (*Ann. de la Soc. chir. Moscou*, IX, p. 468.)

Hygiène. — Compte rendu des travaux du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Nice (1888-89-90), par Balestre. (*In*-8°, 109 p., *Nice.*) — Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène de la Côte-d'Or (1890), par Gautrelet. (*In*-8°, 128 p., *Dijon.*) — Rapport sur les maladies épidémiques observées en 1890 dans l'arrond. de St-Denis, par Leroy des Barres. *In*-4°, 46 p., *Paris.*) — Topographie médicale de la ville de Clermont-Ferrand, par Vigenaud et Girod. (*In*-8°, 176 p., *Clermont-Ferrand.*) — Observations du conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur les rapports des commissions médicales provinciales pour 1889. (*Le Mouvement hygiéniq.*, VII, p. 163 et 210.) — Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats, par Henri Monod. (*Rev. d'hyg.*, janv.-fév.-mai.) — L'hygiène dans les districts ruraux, par Jenkins. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 15 août.) — L'évolution de l'administration sanitaire locale, par Seaton. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Rapports des conditions météorologiques avec l'origine et la prédominance des maladies aiguës, par Davis. (*Jour. americ. med. Assoc.*, 15 août.) — De la dépopulation, moyens de la combattre, par Bonamy. (*Journ. sc. méd. Lille*, 28 août.) — Urgence d'une législation sanitaire pour les villes d'eaux, par Goldschmidt. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 mars.) — Le drainage des villes, ses relations avec la santé publique, par H. W. Mitchell. (*N. York med. record*, 11 juillet.) — Arrêté royal belge relatif aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes de l'État. (*Le Mouvement hygiéniq.*, VII, p. 162.) — De la suppression des tueries particulières, par du Mesnil. (*Revue d'hyg.*, avril.) — Le logement dans ses relations avec la tuberculose, par R. Thorne-Thorne (humidité). (*The Practitioner*, févr.) — Nouveaux dispositifs de chauffage et d'aération, par H. Fischer. (*Hyg. Rundschau*, I, p. 426.) — L'assainissement des quartiers ouvriers des villes industrielles anglaises et les habitations à bon marché, par L. Reuss. (*Annales d'hyg. publ.*, mai.) — La question des courettes de Paris (salubrité des habitations), par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, avril.) — Le nettoiement des rues et l'emploi des immondices dans les villes de l'Amérique du Nord, par O. Iben. (*Gesundheits Ingenieur*, n° 5.) — Dommages causés à la végétation par les fumées des usines, par F. Lucty. (*Zeitschr. f. angew. Chemis. et Hygienische Rundschau*, I, 390.) — Considérations sur les établissements de location de force motrice, par Livache et Porée. (*Revue d'hyg.*, mai.) — Conditions hygiéniques à demander aux appareils de chauffage, par Voit. (*Münch. med. Woch.*, 19 et 26 mai.) — Le lycée Saint-Louis, son histoire. Remarques au point de vue de l'hygiène scolaire, par Trouillet. (*Thèse de Paris*, 26 nov.) — Recherches sur le chauffage et

la ventilation des bâtiments scolaires, par Reed. (*Journ. americ. med. Ass.*, 12 sept.) — La construction des écoles, par Lincoln, (*Ibid.*). — Le chauffage par l'air chaud dans les écoles de Hambourg, par S. Breckling. (*Hyg. Rundschau*, I, p. 468.) — Réforme des écoles secondaires au point de vue médical, par V. Kerschensteiner. (*Münch. med. Woch.*, pp. 503 et 523, 1891.) — Les écoles primaires au Japon, par K. Hintraeger. (*Zeitschr. f. Schulgsdhpflage*, 1891, *et Hygienische Rundschau*, I, 350.) — L'organisation hygiénique de la gymnastique scolaire, par F. A. Schmidt. (*Centralblalt f. allgem. Gesundheitspflage*, X.) — Mensuration de l'éclairage diurne d'une école communale de Berlin, par F. Gillert. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflage*, IV, et *Hygienische Rundschau*, I, p. 476.) — Nouveau banc scolaire, par A. Brandt. (*Ibid.*, I, p. 476.) — Le rejet des eaux d'égout à la mer au voisinage des stations balnéaires, par Parkes. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Influence des eaux d'égout de Munich sur l'infection de l'Isar, avec remarques sur l'épuration spontanée des cours d'eau, par W. Prausnitz. (*Hygienische Tagesfrager*, IX 1890, et *Hyg. Rundschau*, I, p. 417.) — Les divers systèmes d'épuration des eaux d'égout et spécialement ceux en usage à Dortmund, par Hagemann. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*, 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 346.) — Ordonnance allemande du 1er février 1891, prohibant la fabrication et la vente de machines destinées à fabriquer des grains de café artificiel. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, I, 383, avril.) — Les matières grasses, caractères, falsifications et essai des huiles, beurres, graisses, suifs et cires, par Beauvisage. (*In*-16, *Paris.*) — Étude de la morue rouge, par Le Dantec. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 10.) — Arrêté ministériel belge fixant les conditions que doivent réunir les personnes qui ne possèdent pas le diplôme de médecin vétérinaire pour pouvoir exercer les fonctions d'expert inspecteur des viandes. (*Le Mouvement hygiéniq.*, VII, p. 150.) — Instructions ministérielles concernant le règlement sur le commerce des viandes. (*Ibidem*, p. 151.) — Règlement belge relatif à l'inspection du commerce des denrées alimentaires et au mode de prise d'échantillons. (*Ibid.*, VII, p. 154.) — Règlement italien du 15 août 1890 pour la surveillance hygiénique des aliments, des boissons et autres objets destinés aux usages domestiques. (*Ibid.*, VII, p. 56, 101, 144 et 196.) — Saccharine dans la bière, par Wanters. (*Ibid.*, VII, p. 217.) — L'aménagement hygiénique des chemins de fer. (*Polytechn. Centralblatt*, II, *et Hygienische Rundschau*, I, 395.) — Règlement belge sur le transport des dépouilles mortelles par chemin de fer. (*Le Mouvement hygiénique*, VII, p. 203.) — De la crémation, par Goppelsrœder. (*Chemische Zeitung*, XV, et *Hygienische Rundschau*, I, 386.) — A propos du retard apporté dans les inhumations, par Lande. (*Jour. méd. Bordeaux*, 20 septembre.)

Hypnotisme. — La suggestion hypnotique au point de vue médico-légal, par Ballet. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 oct.) — Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale, par Bérillon. (*Soc. d'hypnol.*, 22 juillet.) — Définition et conception des mots, suggestion et hypnotisme, par Bernheim. (*Ibid.*, 21 juillet.) — Peut-on se servir de l'hypnotisme comme preuve? par Kingsbury. (*Dublin Journ. of med. sc.*, mai.) — Comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme, par Delbœuf. (*Rev. de l'hypnot.*, nov.) — Hypnotisme, par Eskridge. (*N. York med. journ.*, 1er août.) — Hypnotisme et hystérie, par Bernheim. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 août.) — De l'hypnotisme, par Cruise. (*Dublin journ. of med. sc.*, mai.) — Sur la nature des phénomènes somatiques dans l'hypnotisme, par de Tarchanoff. (*Rev. de l'hypnot.*, nov.) — Influence de quelques médicaments hypnotiques sur le centre respiratoire avec remarques sur l'intensité des échanges gazeux chez l'homme pendant le sommeil, par A. Lœwy. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai.) — Recherches

sur la circulation cérébrale pendant l'hypnose, par DE SARLO et BERNARDINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — De l'aide donnée par le chloroforme à la production de l'hypnose chez les aliénés et les obsédés, par VOISIN. (*Soc. d'hypnol.*, 22 juillet.) — Un crime d'incendie commis sous l'influence de la suggestion hypnotique, par VOISIN. (*Bull. de thér.*, 30 août.) — Encéphalite mortelle après une séance d'hypnotisme, par SURBLED. (*Wiener klin. Woch.*, 29.) — Habitudes d'onanisme chez un enfant guéries par suggestion hypnotique, par BERNHEIM. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 25, p. 390.)

Hystérie. — L'urobilinurie dans l'hystérie, par PATELLA et ACCORIMBONI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 4.) — Recherches sur les formes de la réaction électrique chez les hystériques, par SCHAFFER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 223.) — Nouvelles remarques sur la simulation dans les malades hystéro-traumatiques, par MÖBIUS. (*Münch. med. Woch.*, 39.) — De la fièvre hystérique, par SARBO. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 2.) — Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par GUINON. (*Progrès médical*, 27 juin.) — De l'hystérie mâle, par TOURNIER. (*Revue gén. de clin.*, 35.) — De l'hystérie masculine, par LEUCH. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Étude de l'hystérie mâle, par LAPEYRIE. (*Thèse de Montpellier.*) — Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens, par Charles KRAFFT. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, p. 292, mai.) — Sur un cas d'automatisme comitial ambulatoire, par P. BLOCQ. (*Revue gén. de clinique*, 30). — Automatisme ambulatoire, par GUYOT. (*Revue méd. de l'Est*, n° 11, p. 324.) — L'hystérie toxique, par MASSALONGO. (*Riforma med.*, n° 155, juillet.) — Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, par P. OULMONT et TOUCHARD. (*La Médecine moderne*, 12 et 19 avril.) — Note sur quelques paroxysmes hystériques peu connus, attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Progrès médical*, 1er août.) — Tremblement, chorée rythmée et syndrome fruste de Parkinson de nature hystérique, par BOINET. (*Progrès méd.*, 25 juillet.) — Sur la dissociation des mouvements oculaires chez les dégénérés hystériques, par RAYMOND et KŒNIG. (*Ann. d'oculist.*, juillet.) — De l'œil hystérique, par ROUFFINET. (*Gaz. des hôp.*, 31 oct.) — Les zones hystérogènes de l'œil et la migraine ophtalmique d'origine hystérique, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Les zones hyperesthésiques du cuir chevelu et la pseudo-méningite des hystériques, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Mercredi méd.*, 21 oct.) — Œsophagisme hystérique et dysphagie chez une fillette de 12 ans, par HAUSHALTER. (*Méd. moderne*, 5 mars.) — Du sommeil hystérique, par J. STEINER. (*Deutsche med. Woch.*, 27.) — Uu cas de mutisme hystérique, par CRITZMAN. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 sept.) — Mutisme hystérique, par LÉPINE. (*Rev. de méd.*, oct.) — Du bégaiement hystérique, par KRAMER. (*Prager med. Woch.*, 14.) — Anorexie hystérique, sitiergie hystérique, formes pathogènes, traitement moral, par SOLLIER. (*Rev. de méd.*, août.) — Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (monospasme facial), par G. BALLET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juillet). — Au sujet de la chorée hystérique, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juin.) — Sur 3 cas de paralysies périphériques chez des sujets hystériques, par BRISSAUD et LAMY. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Les arthralgies hystériques, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Bull. méd.*, 4 nov.) — Les coxalgies hystériques, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, n° 66, p. 609.) — Coxalgie hystérique, par SERGIN. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Les zones hyperesthésiques hystérogènes de la colonne vertébrale et le pseudo-mal de Pott hystérique, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Bull. méd.*, 25 oct.) — Un cas d'hystéro-

traumatisme très amélioré par l'électricité, par Matignon. (*Journ. méd. Bordeaux,* 18 oct.) — Primipare hystérique, sommeil hypnotique pendant l'accouchement, par Oui. (*Ann. de gyn.,* nov.) — Castration dans l'hystérie grave, par Zubowski. (*Wiener med. Woch.*, 4 juillet.)

I-K

Ichthyose. — Sur l'étiologie et la nature de l'ichthyose, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 1.)

Idiotie. — Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie, par Bourneville, (T. I. 416 p. Paris.) — Le cerveau d'une idiote, par Rossi. (*Il manicomio,* VI, 3.)

Impetigo. — Un cas d'impetigo herpétiforme, par du Mesnil. (*Arch. f. Dermat*, XXIII, 5.)

Inanition. — De l'inanition aiguë, par Coen. (*Bull. sc. med. Bologna,* série VII, vol. I.)

Infection. — La propagation des maladies infectieuses, la prophylaxie des maladies infectieuses exotiques, par Proust. (*Gaz. des hôp.*, 27 oct.)—De la transmision des maladies infectieuses, par Wolff. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Sur la question de l'immunité et de la guérison des maladies infectieuses, par Gabritschewsky. (*Cent. f. Bakter.*, X, 5.) — Sur la disposition aux maladies infectieuses chez les animaux privés d'eau par B. Pernice et G. Alessi. (*Riforma medica*, 27 septembre.) — Sur les découvertes relatives à l'origine et à la nature des maladies infectieuses, par Burdon Sanderson. (*Lancet*, 7 nov.) — Les infections chirurgicales, par d'Antona. (*Ibid.*, 12 mars.) — De l'auto-intoxication, par Albertoni. (*Cong. de méd. ital., Semaine méd.*, 28 oct.) — Remarques sur le travail de Wolff de l'immunité dans les maladies infectieuses, par Szama. (*Cent. f. allg. Pathol.* II, 20.) — Les infections secondaires et leurs voies de pénétration, par Mérigot de Treigny. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, n° 24, p. 366.) — Pathogénie et prophylaxie des infections secondaires, par Mérigot de Treigny. (*Ibid.*, 32.) — Sur l'immunité pour les poisons et sur l'état réfractaire à quelques infections, par P. Giacosa. (*Giornale Accad. di med., Torino*, mai.) — Revue des notions sur l'immunité et l'infection, par Abbott. (*Med. News*, 7 nov.)— Des conditions favorisant l'infection des plaies, par Welch. (*Americ J. of med. sc.*, nov.) — Infections des plaies, causes prédisposantes ou favorisant l'immunité, rôles des agents antiseptiques, par Roswell Park. (*Ibid.*) — Un cas d'infection staphylococcienne avec métastases, par F. Cirelli. (*Il Morgagni*, juin.) — Un cas d'infection par le streptocoque pyogène, broncho-pneumonie, phlemon de l'œil, phlébite des sinus, par Achard et Renault. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 nov.)

Inflammation. — L'état du sang et des vaisseaux dans l'inflammation, par Wharton Jones. (In-8, *Londres.*) — Une expérience servant à montrer comment se produisent les exsudats, par Pisenti. (*Riforma medica*, 12 juin, p. 676.) — Pathologie de l'inflammation, par Metchnikoff. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.) — Des causes des néoformations pathologiques, par Ziegler. (*Ibid.*)— Segmentation nucléaire et cellulaire dans l'inflammation et la régénération, par Eberth. (*Ibid.*) — Des méta-

plasies des tissus malades, par SANGALLI. (*Ibid.*) — Nature de l'inflammation et en particulier les inflammations du tissu connectif, par BIGGS. (*Med. News*, 15 août.)

Inhalation. — Les inhalations de gaz hyposulfureux à Nenndorf, par RIGLER. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 453, 4 mai.)

Injection. — De la médication hypodermique, par PERRON. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.) — De la stérilisation des médicaments pour l'usage hypodermique, par G. ALBINI. (*Riforma medica*, 25 septembre.) — Solutions stérilisées pour injections sous-cutanées, par FREYSOLDT. (*Therap. Monats.*, août.) — Appareil automatique pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'huiles médicamenteuses, par FESTAL. (*Gaz. méd.. Paris*, 5 septembre.) — Avantages comparés des injections d'eau salée intraveineuses et sous-cutanées, par KRONECKER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzt.*, 15 avril.) — Même sujet, par SAHLI. (*Ibidem*, p. 246.)

Insolation. — Insolation chez l'enfant, par ILLOWAY. (*Med. News.*, 8 août.) Pachyméningite hémorragique interne suite de coup de soleil, par WHITCOMBE. (*Journ. ment. sc.*, oct.)—Insolation, traitement immédiat nécessaire, par ELLIS. (*N.-York med. journ.* 12 sept.) — Pathogénie et traitement du coup de chaleur, par MARTIN. (*Semaine méd.*, 16 sept.)

Intestin.—Étude sur les mouvements de l'intestin, ses rapports avec les capsules surrénales, par JACOBJ. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 3 et 4.)— Épidémie de catarrhe gastro-intestinal, par LOWE. (*Lancet*, 1er août). — Diarrhée chez une centenaire, par LEEVE. (*N.-York med. journ.*, 8 août.) — Arsénite de cuivre dans la diarrhée, par STEWART. (*Med. News*, 26 sept.) — Traitement de la diarrhée chronique par les lavements d'eau de Carlsbad chaude, par POLLATSCHEK. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 455, 4 mai.) — Emploi de la rose de Provins contre la diarrhée, par A. V. ALEXEEVSKY. (*Bolnitchnaia gazeta Botkina*, n° 51, p. 1212, 1890.) — Traitement des diarrhées par l'acide lactique, par SCHEGOLEW. (*Med. Obozrenié*, XXXVI, 13). —Idem, par TCHERNYCHEW. (*Ibid.*)—Du traitement des diarrhées infantiles par l'antipyrine, par SAINT-PHILIPPE. (*Journ. de méd., Bordeaux*, 12 juillet.) — Traitement de la constipation chronique, par BEER. (*Wiener med. Blätter*, 18 juin.) — De l'ulcère rond duodénal, par KRANNHALS. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 14 sept.) — Deux cas d'ulcère perforant du duodénum, laparotomie exploratrice, par LOCKWOOD. (*Lancet*, 21 nov.) — Rupture d'un ulcère duodénal, par HAMAN. (*Med. News.*, 1 août.)—Recherches bactériologiques sur les féces du colon descendant dans un cas d'atrésie anale vestibulaire, par SCHLICHTER. (*Wiener klin. Woch.*, 44, 1890.) — Concrétion intéstinale volumineuse de sous-nitrate de bismuth dans le cœcum d'une femme, par MENTIN. (*Vratch*, 13.)— Sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région, par HARTMANN et PILLIET. (*Soc. anat., Paris*, 31 juillet.)— Hydropisie énorme de l'appendice vermiforme chez une femme de 70 ans, par P. GUTTMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) —L'appendicite et le bacterium coli commune, par ADENOT. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Sur un cas d'appendicite chronique, par SCHWARTZ. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 20, p. 306. — De la colique appendiculaire, par BÉCLÉRE. (*Ibid.*, n° 25, p. 381.) — De l'appendicite et de l'inflammation péri-cœcale, par MORTON. (*Journ. americ. med. assoc.*, 25 juillet.) — Hydropisie de l'appendice vermiculaire, par COMBEMALE. (*Bull. méd., Nord*, n° 9, p. 223.) — Abcès pérityphlique opéré, par JOSEPH. (*Therap. Monats.*, août.) — Du traitement chirurgical de l'appendicite et de

la pérityphlite, par Berger. (*Bull. de chir.*, XVI, p. 612.) — Sur la typhlite et l'appendicite, par Routier. (*Ibid.*, XVI, p. 630.) — De l'appendicite et de son traitement, par Routier. (*Semaine méd.*, 15 août.) — De la résection de l'appendice vermiforme dans le stade de calme de la typhlite chronique à rechutes, par Weir. (*Annals of surg.*, 5.) — Un cas de cancer du jejunum avec considérations diagnostiques, par C. Pullé. (*Riforma medica*, 2 avril.) — Ablation d'un sarcome du mésentère et résection d'un mètre et demi d'intestin grêle, par Llobet. (*Rev. de chir.*, août.) — Entérectomie et entérorraphie pour tumeur du colon ascendant suivies, dans la même séance, de l'extirpation des annexes de l'utérus, par Le Dentu. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 juillet et *Méd. mod.*, 6 août.) — Rétrécissement du colon et colotomie, par Cripps. Idem, par Allingham. (*London med. soc.*, 26 oct.) — 1° Rétrécissements multiples de l'intestin chez un nouveau-né, perforation intestinale. Laparotomie. Mort. 2° Fistule stercorale. Suture partielle, issue de l'intestin, résection intestinale, entérorraphie circulaire. Guérison. 3° Rétrécissement du colon ascendant, abcès ouvert dans le rectum et la vessie. Entéro-anastomose. Guérison, par Boiffier. (*Bull. soc. de chir.*, p. 305.) — De la résection sous-muqueuse de l'intestin, par Kummer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 452, 4 mai.) — Anastomose intestinale par les plaques de Senn dans un cas d'invagination, par Homans. (*Boston med. J.*, 5 nov.) — La ligature élastique dans l'anastomose intestinale, par Cordier (*Journ. americ. med. assoc.*, 15 août.) — Sur cinq résections de l'intestin, par Baracz. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Expériences sur la résection sous-muqueuse de l'intestin et de l'estomac, par Kummer. (*Ibid.*) — Des ruptures de l'intestin, par Hubergritz. (*Allg. Med. Cent. Zeit.*, 33.) — Laparotomie pour rupture traumatique de l'intestin, par Moty. (*Bull. soc. de chir.*, XVI. p. 428.)

Iris. — Trois cas de coloboma de l'iris, par Pollak. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — Un cas rare de coloboma à bride de l'iris, par R. Hilbert. (*Arch. f. path. Anat.*, XXIII, 2.) — L'iritis séreuse et son traitement, par Dufour. (*Bull. méd.*, 6 sept.) — Traitement de l'iritis aiguë, par Dehenne. (*Revue génér. de clin.*, 22.) — Traitement de l'irido-dyalise par contusion, par Smith. (*Journ. americ. med. assoc.*, 19 sept.)

Kyste. — Kystes dermoïdes multiples simulant un xantome tubéreux, par Pollitzer. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Kyste dermoide du médiastin antérieur, par Marfan. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 15 août.) — Obs. de kyste épidermique de l'index, par Audry. (*Province méd.*, 17 oct.) — Kyste souscutané à épithélium vibratile, par Hers. (*Beit. zur path. Anat.*, VIII, 1.)

L

Lacrymal (App.). — De l'innervation et des centres cérébraux de la sécrétion lacrymale, par Bechterew et Mislavsky. (*Med. Obozrenie*, XXXV, 12.) — De la sécrétion lacrymale anormale comme manifestation réflexe de la grossesse, par Nieden (*Klin. Mon. f. Augenh.*, octobre.) — De la dacryocystite chronique, son traitement dans les cas rebelles, par la cautérisation ignée au thermo-cautère, par Doucet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas de dacryadénite spontanee, par Seeligsohn. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, janvier.) — Tuberculose du sac lacrymal, par Bock. (*Wien. med. Woch.*, 2 mai.) — Traitement des affections des voies lacrymales, par Lagrange. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 20 septembre.)

Lait. — Action de la pilocarpine sur la sécrétion du lait, par CORNEVIN. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Action des sels sur la caséine, par HALLIBURTON. (*Journ. of Physiol.*, XI, 400.) — Action des sels de chaux sur la caséine et sur le lait, par SIDNEY RINGER. (*Ibid.*, XI, p. 464.) — Considérations sur les méthodes actuelles de l'analyse du lait, sur les matières extractives de cette humeur et sur les substances réductrices du réactif de Fehling, autres que la lactose qu'elles contiennent, par BÉCHAMP. (*Bull. Acad. méd.*, 25 août.) — Considérations physiologiques sur les globules et les microzymas laiteux de laits de vache anormaux, par BÉCHAMP. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Dosage de la matière grasse dans les produits du lait, par LEZÉ et ALLARD. (*Acad. des sc.*, 9 novembre.) — Le lait à Montpellier, d'après les documents du laboratoire municipal, par MASSOL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 14 novembre.) — La stérilisation du lait, état de nos connaissances sur ce sujet, par KOPLIK. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) Étude de la stérilisation du lait, par FEER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 1 et 2.) — De la stérilisation du lait destiné aux enfants, par W. HESSE. (*Zeits. f. Hyg.*, IX, 2.) — Du lait stérilisé et de sa valeur alimentaire chez les nourrissons, par VINAY. (*Lyon méd.*, 26 juillet.) — De la stérilisation du lait pour nourrissons, par V. HESSE. (*Hygien. Rundschau.*, I, p. 480.) — Moyen économique pour stériliser le lait des nourrissons, par SIEMENS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 mai.) — Un moyen perfectionné pour la stérilisation du lait, par SOXHLET. (*Münch. med. Woch.*, 12 mai.) — Sur la question de la stérilisation du lait pour l'alimentation des nourrissons, par ESCHERICH. (*Ibid.*, p. 521.) — De la falsification et de la pollution du lait, par SOXHLET, (*Ibid.*, 4 août.) — Recherches chimiques sur le lait du figuier, par V. MUSSI. (*Riforma medica*, 10 septembre.) — Infection par le lait, par TOWER. (*Med. News*, 8 août.)

Langue. — Les glandes de la langue chez anguis, pseudopus et lacerta, par V. SEILLER. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 2.) — Difformité de la langue chez un nouveau-né, par FERGUSON. (*Times and register*, 8 août.) — Langue noire, par LAKE. (*Brit. med. J.*, 31 octobre.) — Kyste dermoïde sub-lingual pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne; extraction totale de la poche; guérison, par A. SCHMIT. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVII, p. 22.) — Lipome sublingual, par FOLET. (*Bull. méd. du Nord*, 12, 303.) — Sarcome de la langue, par SCHEIER. (*Soc. laryng. Berlin*, 17 juillet.) — Du traitement actuel du cancer de la langue, par GRELLETY. (*Thèse de Bordeaux.*)

Laparotomie. — Les laparotomies exploratrices, par RICHELOT. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept. et *Union méd.*, 18 juin.) — Deux cas d'échec de la laparotomie exploratrice, par THIÉRY. (*Soc. anat. Paris*, 31 juillet.) — Influence curative de certaines laparotomies exploratrices, par RICHELOT. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 541.) — Étude comparative de 169 laparotomies, par H. BYFORD. (*New York med. Record*, 9 mai.) — Notes cliniques et opératoires sur une deuxième série de 50 laparotomies, par JACOBS. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — De l'embolie de l'artère pulmonaire après la laparotomie, par WOLZ. (In-8°, *Tubingue.*) — Des blessures de l'uretère au cours de la laparotomie, par POZZI. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Fistules fécales consécutives à la laparotomie. (*New York med. Record*, p. 583. 7 novembre.)

Larynx. — Diagnostic et traitement des maladies du larynx, par RÉTHI. (*Vienne.*) — Photographie instantanée de la cavité pharyngo-laryngée, par NICOLAÏ. (*XIVe cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — Miroirs laryngés concaves, par BATTEN. (*Brit. med. J.*, 29 août.) — Le miroir de contrôle

en laryngologie, par Killian. (*Münch. med. Woch.*, p. 571.) — Un exercice préliminaire de laryngoscopie, par Dundas Grant. (*Journ. of laryng.*, V, 10.) — Varice volumineuse du ligament ary-épiglottique gauche, par Jueffinger. (*Wiener klin. Woch.*, 15 octobre.) — De la laryngite chronique catarrhale, par Thrasher. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Études sur les laryngites chroniques, processus pachydermique, traitement médical et chirurgical, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet-août.) — Traitement de la laryngite chronique, par Ragoneau. (*Rev. de laryng.*, 15 septembre.) — Un cas de râclage des cordes vocales (décortication des cordes vocales de Labus), par C. Corradi. (*Riforma medica*, 5 octobre.) — Œdème aigu infectieux bénin du larynx, par Garel. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Œdème de la glotte, consécutif à l'influenza, par Bavachi. (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 avril.) — Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — De la pachydermie diffuse du larynx, par Schaefer. (*Vereinsb. d. pfälz. Aerzte*, juin.) — Un cas de pachydermie laryngée diffuse, par Wolff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 803.) — De la toux nerveuse, par Raugé. (*Bull. méd.*, 13 septembre.) — Cas d'aphonie hystérique, par Hicguet. (*Rev. de laryng.*, 15 septembre.) — Un cas d'aphonie hystérique, par Damieno. (*XIVᵉ cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — Paralysie hystéro-traumatique du larynx, par Masini. (*Boll. mal. dell'orecchio*, septembre.) — Développement de l'étude des paralysies motrices du larynx depuis l'invention du laryngoscope, par Semon. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Trois cas de laryngisme inhibitoire, par Botey. (*Arch. int. de laring.*, II, 10.) — Laryngisme dû à une formation congénitale valvulaire de l'orifice supérieur, par Bryon. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 3 octobre.) — Étude clinique sur les paralysies unilatérales du larynx, par Avellis. (*Berlin. klin. Wochens.*, 40.) — Un cas de parésie laryngienne consécutive à l'influenza, par M. Cazaux. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 24, p. 374.) — Sur les laryngo-sténoses d'origine névropathique, par d'Aguanno. (*Boll. mal. dell'orecchio*, IX, 8.) — Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, par Kagan. (*Med. Obosren.*, XXXVI, 16.) — Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs chez l'enfant (observation sans examen laryngoscopique), par Robertson. (*Journ. of laryng.*, V, 10.) — Phtisie laryngée, par Cuvillier. (*Gaz. des hôp.*. 19 septembre.) — De la tuberculose laryngée chez l'enfant par Rheindorff. (*Jahr. f. Kinderh.*, XXXIII, et et 2.) — Coexistence de syphilis et tuberculose laryngée, par Fasano. (*XIVᵉ cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — Tuberculose laryngée, type végétant simulant le papillome, par Dundas Grant. (*Journ. of laryng.*, juillet, p. 299.) — Cas rare de guérison de lésions tuberculeuses du larynx, par Roques Casadessus. (*La enciclopedia Barcelone*, 7, p. 217 et *Gaz. hebd. Montpellier*, 22 août.) — Tumeurs tuberculeuses du larynx, par Avellis. (*Deut. med. Woch.*, 32.) — Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par Hertels. (*St-Petersb. med. Woch.*, 21.) — Sur la marche de 40 cas de tuberculose laryngée par le remède de Koch, par Grabower. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.) — Un cas de tuberculose du larynx guéri par la tuberculine, par Struebing. (*Ibid.*, 8 octobre.) — Deux cas de laryngo-typhus, par Schuster. (*Arch. f. Kinderh.*, XII, 5.) — Syphilis gommeuse du larynx, par Poli. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 4.) — Syphilis héréditaire du larynx, par Dabney. (*Med. News*, 10 octobre.) — Etude d'un cas de contraction cicatricielle du larynx ; syphilis, par Jarvis. (*N. York med. Journ.*, 7 novembre.) — Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine, de son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx, par Saint-Hilaire. (*Arch. int. de laryng.*, IV, 5.) — De l'avantage de l'iodocrésol dans les maladies du larynx et du nez, par Szoldrski. (*Münch. med.*

Woch., 27 octobre.) — Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure à fente médiane, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Le galvano-cautère en laryngologie, par Webster. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Fracture du cartilage thyroïde, par Morgenthan. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Recherches sur les fractures indirectes du larynx, par von Hoffmann. (*Wien. klin. Woch.*, 36.) — Recherches expérimentales sur les fractures du cartilage cricoïde, applications au mécanisme de la mort dans ces fractures et au traitement par Zilgien. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 octobre.) — Fractures des cartilages thyroïde, cricoïde et de la trachée; mort, par Zilgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre.) — Perforation d'une artère laryngée par un corps étranger, par Zemann. (*Soc. méd. de Vienne*, 9 novembre.) — Deux observations de sangsues implantées dans le larynx au-dessous des cordes vocales, par Martin. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Kyste sanguin du larynx, par Thost. (*Soc. méd. de Hambourg*, 3 mars et *Deut. med. Woch.*, n° 20, p. 685.) — Kyste séreux de l'épiglotte, par Raulin. (*Marseille médical*, n° 4, p. 237.) — Myxome du larynx, par Raulin. (*Ibid.*, 6, p. 373) — Thyrotomie chez un enfant de 18 mois, papillome, par Wagner. (*New York med. Journ.*, 7 novembre.) — Tumeurs fibreuses pré-épiglottiques, par Laurent. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Néoplasmes sous-glottiques, par Wright. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 26 septembre.) — Observations de la clinique de Schroetter, sclérome primitif du larynx, polypes multiples du larynx, par Juffinger. (*Wiener klin. Woch.*, 8 octobre.) — Sur le développement du cancer du larynx, par Neuman. (*Wiener med. Woch.*, 3 octobre.) — Carcinome de la corde vocale gauche, laryngofissure, mort 5 jours après, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Laryngectomie unilatérale, guérison, par Chavasse. (*Lancet*, 22 août.) — Sur un cas d'extirpation totale du larynx, guérison avec une voix utile, par Root. (*N. York med. Journ.*, 17 octobre.) — Cinquante cas de tubage du larynx pour croup, par Egidi. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 3.) — Trois cas de tubage du larynx pour croup, par Ricci. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 6.) — Le tubage du larynx, par de Lamallerée. (Broch. Gannat.) — Du tubage du larynx, par Schwalbe et A. Rosenberg. (*Berl. klin. Woch.*, 474, 11 mai.) — Mon expérience sur l'intubation d'après O'Dwyer, par Moll. (*Rev. de laryngol.*, 15 octobre.) — Contribution à la casuistique de l'intubation du larynx dans le croup, par M. Motta et L. Ferria (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 431.) — Tubage du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par Egidi. (*XIVe cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — Soixante cas de tubage pour croup, par Egidi. (*Ibid.*) — Technique du traitement mécanique des rétrécissements du larynx, par Lubliner. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Tubage du larynx chez les trachéotomisés, par Toti. (*Sperimentale*, 31 juillet.)

Lèpre. — Étiologie de la lèpre, par Hansen. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — La lèpre à Kunsamo, par Fagerlund. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIII, 9.) — Bactériologie de la lèpre, par Wunkow. (*Vratch*, 27.) — Mission aux îles Fidji pour y étudier les maladies de peau et spécialement le tokelau et la lèpre, par Bonnasy et Mialaret. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Du diagnostic différentiel de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie, par Marestang. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Deux cas de lèpre des nerfs, par von Sass. (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, XLVII, p. 319.) — Lèpre des yeux, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, octobre.) — Du traitement de la lèpre, par Parker. (*Med. News*, 1er août.) — Effets de la tuberculine sur la lèpre (10 cas de lèpre tuberculeuse, 1 d'anesthésique; effets mauvais ou définitifs nuls), par Julius Goldschmidt. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 avril.) — Résultats obte-

nus par les injections de lymphe de Koch dans les différentes formes de lèpre, par Kalindero et Babes. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Traitement de la lèpre par la tuberculine, par Truhart. (*Deut. med. Woch.*, 3 septembre.) — Emploi de la tuberculine contre la lèpre, par Danielssen. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 3.)

Leucémie. — Les travaux récents sur la leucémie et la leucocytose, par Limbeck. (*Cent f. allg. Path.*, II, 22.) — Étude sur l'adénie ou pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin), par J. Crocq. (*Bruxelles.*) — De la leucémie et de la grossesse, par Lauenburg. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 3.)

Lichen. — Notes sur le lichen plan, par Bulkley. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 7 novembre.) — Du lichen plan chez les nourrissons, par Fox. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 6.) — Un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie, par Jacquet. (*Soc. de dermat. Paris,* 23 juillet.)

Lèvre. — Sur l'exploration des mouvements des lèvres, par Féré. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.)

Lipome. — Transformations nutritives d'un lipome, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.) — Lipomes diffus multiples et symétriques, présentation de malade, par Bucquoy. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 juin.) — Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus symétriques d'origine arthritique, par Desnos. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Note sur une variété de tumeur lipomateuse, intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai, par Potain. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Lipomes diffus multiples chez une jeune fille, par Dartigolles. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Lipome profond du cou; ablation, guérison, par Mayet. (*Gaz. méd. Paris*, 4 juillet.)

Locomotion. — Sur un cas d'astasie-abasie, par Olivier. (*Ann. policlin. Paris,* novembre.) — De l'astasie-abasie, par Ercole Tranquilli. (*Riv. gen. ital. di clin. med.* Supplément, p. 56.)

Lupus. — Discussion sur le lupus. (*British med. Association in Brit. med. Journ.*, 10 octobre.) — Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, II, 8 et 9.) — Sur la nature d'un lupus tuberculeux, par Hallopeau et Jeanselme. (*Ibid.*, II, 8 et 9.) — Alopécie par lupus érythémateux, par Blaschko. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 rvril.) — Lupus érythématoïde chez une fille de 16 ans, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 24 octobre.) — Sur une complication générale, encore mal connue, de nature infectieuse du lupus vulgaire, par Lespinne. (*Mercredi méd.*, 2 septembre.) — Lupus du pied, par Fox. (*Hunterian Soc.*, 14 octobre.) — Études cliniques et histologiques sur le lupus de la vulve, par Viatte. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 3.) — Sur le traitement du lupus de la peau, par Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 septembre.) — Lupus perforant des ailes du nez traité par le cantharidate de potasse, par Herzfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 472, 11 mai.) — Démonstration à l'aide de l'optique de l'action thérapeutique de l'acide cantharidinique sur le lupus, par Oscar Liebreich. (*Ibid.*, p. 457, 4 mai.) — Lupus guéri par la tuberculine et l'emploi simultané du bichlorure de mercure, par Schaffranek. (*Deutsche med. Woch.*, 22 octobre.) — Du traitement du lupus, emploi des greffes dermo-épidermiques, par Baur. (*Thèse de Nancy.*) — Recherches nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire, par Leloir et Tavernier. (*Ann. de dermat.*, II, 8 et 9.) — Lupus datant de 11 ans, guéri par la tuberculine, par Magelson. (*Med. News*, 19 septembre.) — Traitement du

lupus par la tuberculine, par van HOORN et SPRUYT LANDSKROON. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 6.) — Recherches cliniques sur l'action de la tuberculine contre le lupus, par ROBERTS. (*Ibid.*, XIII, 5.) — Traitement du lupus et de quelques autres dermatoses par la tuberculine, par EICHHOFF. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Altérations histologiques dans un cas de lupus érythémateux pendant le traitement de Koch, par TUSA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.)

Luxation. — Observation de luxation de la clavicule en avant, description de l'appareil employé pour le maintien de la réduction, par LEGRAIN. (*Gaz. des hôp.*, 27 octobre.) — Luxation en haut et en arrière de l'extrémité externe de la clavicule, par DOUGHTY. (*Journ. americ med. Assoc.*, 8 août.) — Deux observations de luxation de l'épaule compliquée de lésions osseuses, par LEGRAIN. (*Gaz. des hôp.*, 24 sept.) — Luxation des deux épaules, par YEOMAN. (*Lancet*, 31 oct.) — Des paralysies consécutives aux luxations de l'épaule par WIGAND. (*Inaug. diss. Marbourg.*) — Les méthodes dites de douceur dans les luxations de l'épaule, par LE DENTU. (*Gaz. des hôp.*, 20 oct.) — Du traitement des luxations du coude anciennes irréductibles, par STIMSON. (*N. York med. Journ.*, 24 octobre.) — Ancienne luxation partielle de la tête du radius, par KAMMER. (*Rev. d'orthop.*, 5.) — Luxation complète en arrière du radius et du cubitus, par PONTIUS. (*Med. News*, 5 septembre.) — Luxation du radius en arrière, réduction après 8 semaines, par FRASER. (*Ibid.*, 7 novembre.) — Luxation spontanée de la hanche, suite d'arthrite blennorragique, par KAREWSKI. (*Cent. f. Chir.*, 19 septembre.) — Du genu recurvatum congénital ou luxation congénitale du tibia en avant, par DÉCHY. (*Thèse de Lille.*) — Une forme rare de luxation du pied, par WICKHOFF (*Wiener klin. Woch.*, 23.) — Du traitement des luxations anciennes, en particulier par les méthodes sanglantes, par THIÉRY. (*Gaz. des hôp.*, 21 novembre.)

Lymphatique. — De l'adénite strumeuse inguinale, par RIESMEYER. (*Med. News*, 14 novembre.) — Traitement du lymphatisme et de la scrofule, par GILLET. (*Rev. gén. de clin.*, 37.) — Traitement des adénites inguinales franches, par SCHWARTZ. (*Ibid.*, 26, p. 397.) — Note sur un cas d'adéno-lymphocèle double de la région de l'aine, par MATIGNON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 octobre.) — Au sujet du traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée, par LE JOLLEC. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Du lymphangiome circonscrit, par DE SMET et BOCK. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 août.) — Lymphadénome du rachis et de la moelle, par CLARKE. (*London path. Soc.*, 17 novembre.) — Lymphome malin chez un enfant de 3 ans 1/2, par CZERNY. (*Prag. med. Woch.*, 7.)

M

Main. — Malformation rare de la main (pouce bot). Opération. Guérison, par MONNIER. (*France médicale*, 30, p. 465.) — Macrodactylie, par KIRMISSON. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 367.) — Ectrodactylie quadruple, par SECHEYRON. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 10 mai.) — Des malformations et déformations du pouce, par BOUCHART. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des suppurations de la main et de l'avant-bras, par LE DENTU. (*Médecine moderne*, 17 septembre.) — Autoplastie de la main par désossement d'un doigt, par GUERMONPREZ. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 octobre.) — Arrachement de l'auricu-

laire de la main droite, avec ses tendons extenseurs et fléchisseurs, par morsure de cheval, par Tuja. (*Lyon méd.*, 27 septembre.)

Maladies professionnelles. — Dilatations des joues chez les souffleurs de verre, par Regnault. (*Soc. de biol.*, 7 novembre.)

Malformation. — Un cas de malformation rare, par Cholmogoroff. (*Zeit. f. Geburts.*, XII,) — Embryon de dix semaines, exomphale, hypospade et n'ayant qu'un seul membre inférieur, par L. Mégevand. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 235.) — Enfant avec deux nez et deux bouches, par Lvoff. (*Vratch*, 11.) — Absence de communication entre l'intestin grêle et le gros intestin, anomalies vasculaires, rôle des vaisseaux dans les vices de conformation, par Jaboulay. (*Province méd.*, 11 juillet.) — De la polydactylie avec malformation des bras, par Jolly. (*Int. Beit. z. w. Med. Fetsch. Virchow*, I.)

Mamelle. — Des tumeurs de la mamelle, étude de 355 cas opérés de 1870 à 1888, par Poulsen. (*Arch. f. klin.Chir.*, XLII, 3.) — Maladie kystique des deux seins, par Symonds. (*London path. soc.*, 20 octobre.) — Observation de maladie kystique des mamelles, par Toupet et Glantenay. (*Soc. anat. Paris*, 30 octobre.) — Hypertrophie des mamelles, par Schussler. (*Soc. de méd. de Vienne*, 15 mai.) — Double hypertrophie mammaire, par Labbé. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 juillet.) — Quelques cas de tuberculose de la mamelle, par Bender. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 1.) — De la tuberculose mammaire, par Mandry. (*Ibid.*) — Du cancer du sein chez l'homme, par Imbert. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 14 novembre.) — Rétrocession d'une récidive de cancer du sein durant le développement d'une tuberculose pulmonaire, par Sigg. (*Corresp. blatt f. sch. Aerzte*, 15 avril.) — Épithélioma térébrant du sein, par Hartmann. (*Soc. anat.*, *Paris*, 24 juillet.) — Ostéo-chondro-carcinome de la mamelle, par Coen. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, série VII, vol. II.) — Du traitement des tumeurs cancéreuses du sein par les injections interstitielles de liqueur de Van Swieten, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 juillet.)

Massage. — Le massage, par Taylor. (*New York med. journ.*, 31 octobre.) — Le massage en gynécologie, par Schurig. (*Deut. med. Zeit.*, 12.)

Maxillaire. — Extraction d'un tronçon de canule rompu dans le sinus maxillaire, par Ziem. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) — De la pyoctanine dans les suppurations du sinus, par Katzenstein. (*Therap. Montas.*, sept.) — Sur un dynanomètre maxillaire, par Féré. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Sur la question de l'existence d'une déchirure capsulaire dans la luxation de la mâchoire, par Schwitzer. (*Cent. f. Chir.*, 14 novembre.) — Anaplastie des contractures maxillaires, par Bardenheuer. (*Berlin. klin. Wochens*, 18 mai.) — Ankylose unilatérale du maxillaire inférieur avec atrophie, résection des deux angles du maxillaire, par Poisson. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Sarcome du maxillaire supérieur, résection, pas de récidive après 4 ans, par Baker. (*Lancet*, 14 novembre.)

Médecine (hist.). — Essai sur l'histoire des science médicales, par Washburn. (*Med. and surg. reporter*, II. 2.) — Histoire de la méthode expérimentale en Italie, par Caverni. (Vol. I, *Florence.*) — La santé et la longévité des médecins, par Minot. (*Boston med. journ.*, 17 septembre.) — L'Hôtel-Dieu de Paris au moyen âge, histoire et documents, par Coyecque. (Tome I, in-8°, 404 p., *Paris.*) — Spallanzani, physiologiste du siècle dernier, par Mac Kendrick. (*Brit. med. journ.*, 24 octobre.) — Harvey dans la médecine ancienne et moderne, par Dickinson. (*Brit. med. journ.*, 24 octobre.) — Molière et les méde-

cins, par Conklin. (*Trans. Ohio state med. soc.*) — Virchow, l'homme et le savant, par Olter. (*Boston med. journ.,* 22 octobre.) — R. Virchow pathologiste, par Welch. (*Ibid.*, 29 octobre.)

Médecine légale. — Qui peut être médecin légiste, par Riley. (*Med. news*, 14 novembre.) — La déclaration médicale obligatoire des maladies infectieuses transmissibles, par Martin. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 septembre.) — Le secret médical et les compagnies d'assurances, par P. Garnier. (*France méd.*, n° 19, p. 289.) — Les médecins et l'assurance obligatoire contre les accidents professionnels, par Wyss.(*Corresp. Blatt f. schw. Aerzte*, 15.) — La responsabilité des chirurgiens, par Kuchner. (*Friedreichs Blätter*, 1890 et *Annales d'hyg.*, XXV, 193, mars.) — Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, par A. Froment. (*Broch.*, *Paris.*) — Les troubles visuels au point de vue des réclamations de dommages-intérêts des ouvriers, par Mooren. (*Düsseldorf.*) — Sur les empreintes considérées au point de vue médico-légal, par Forgeot. (*Lyon méd.*, 4 octobre.) Étude médico-légale sur la submersion, par Barlerin. (*Thèse de Lyon.*) — Asphyxie par un haricot à la suite de contusions abdominales et rénales, par Deschamps. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, septembre.) — Étude médico-légale sur les solutions de continuité de l'utérus, par G. Ziino. (*Morgagni* juin.) — Traumatisme sur la tête ; suicide ; rapport médico-légal, par G. Romiti, A. Paci, G. d'Abundo. (*Ibid.*, septembre.) — Nouveau procédé pour rechercher l'oxyde de carbone dans le sang, par Bertin-Sans et Moitessier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 31 octobre.) — Des accidents de chemins de fer et de leurs conséquences médico-judiciaires, par Guillemaud. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'attentat contre nature considéré au point de vue médico-légal, spermatozoïdes dans le rectum, par Alph. Jaumes. (*Annales d'hyg. publ.,* XXV, p. 412, mai.)

Médecine militaire. — Compte rendu du service de santé militaire pendant la guerre de Turquie, par Korloff, revue par Collin. (*Arch. de méd. milit.* octobre.) — La division navale de Terre-Neuve en 1890, par Jan. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Instruction pour servir de guide aux médecins de la marine dans l'appréciation des infirmités, maladies qui rendent impropres au service de la flotte. (*Arch. de méd. nav. nov.*, octobre.) — Morbidité et mortalité dans l'armée des États-Unis, par Smith. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 22 août.) — Organisation des infirmeries-ambulances en Annam-Tonkin, par de Fornel. (*Arch. de méd. nav.*) — Mécaniciens et chauffeurs à bord des navires de l'État, étude d'hygiène, de physiologie et de pathologie, par Béguin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le matériel de campagne du service de santé, par Noel. (*Bull. méd.*, 14 octobre.) — La pathogénie dans les milieux militaires, par Kelsch. (*Broch.* 62 p. *Paris.*) — Les pontons-hôpitaux au Gabon, par David. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Sur les modifications du matériel de campagne du service de santé, par Nogier. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Sur un nouveau procédé d'application du coaltar pour l'imperméabilisation des planchers des casernes par Munschina. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Instruction pour la désinfection et la désodorisation à bord des bâtiments de la marine allemande, par Onimus. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Complément prolongé de fièvre typhoïde, contribution à l'étude de l'hygiène du campement, par Marty. (*Gaz. des hôp.*, 15 août.) — La fièvre typhoïde dans les garnisons françaises et leur assainissement, par Martin. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 12 septembre.) — Des modifications du goître et du tour du cou des jeunes soldats pendant le service militaire, par Guttinger. (In-8°, 490 p., *Zurich.*) — Inflammation périosto-arthritique du pied à la suite des marches, par Martin.

(*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — L'asphyxie pendant les marches et son traitement, par VALDIVIA Y SISAY. (*Revista de Sanitad milit.*, 1891.) — Des projectiles actuels et de leurs rapports avec la chirurgie de guerre, par HABART, traduction de LEVEL. (In-8°, 78 p., *Nantes.*)

Médecine opér. — Des délires post-opératoires, par LE DENTU. (*La Médecine moderne*, 22 janvier.) — *Idem*, par VENE. (*Thèse de Paris*, 11 juin.)

Méninge. — Voies d'infection pour la méningite (artérielle, veineuse, lymphatique), par HUGUENIN. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er décembre 1890.) — Méningo-encéphalite chronique avec pachyméningite chez une fillette de 12 ans. Mort en état de mal épileptique, par MOUSSOUS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 août) — Méningite pneumonique, par COROMILAS. (*Bull. Soc. de méd. prat., Paris*, 1er octobre.) — Méningite typhoïde par bacille d'Eberth par FERNET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juillet.) — Deux cas de méningite tuberculeuse guéris, par KLEIN. (*France méd.*, 17 avril.) — Méningite tuberculeuse chez une femme atteinte de rétrécissement mitral. Abcès tuberculeux concomitant du corps strié, par RENDU et BOULLOCHE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 juillet.) — Pathologie de la méningite tuberculeuse, traitement par la ponction de l'espace sous-arachnoïdien médullaire, par MORTON. (*Brit. med. journ.*, 17 octobre.) — Un cas de méningocèle orbitaire traumatique, par LUECKE. (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Fibro-sarcome encapsulé des méninges spinales, par CLARKE. (*London path. soc.*, 3 novembre.)

Menstruation. — L'aménorrée et la métrorragie chez la jeune fille, par BAUMEL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 17 octobre.) — Les traitements de la menstruation difficile et douloureuse, par LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, 38.) — De l'indigo comme emménagogue, par JONES. (*New York med. record* 16 mai.) — Du traitement gymnastique de l'aménorrée, par GATTORNO (*Wiener klin. Woch.*, 20.)

Moelle. — Structure de la moelle, étude histologique de la névroglie et de la substance nerveuse, par LAVDOWSKY. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 2) — La structure des centres nerveux, la moelle épinière et le cervelet, par VAN GEHUCHTEN. (*La Cellule*, VII, 1.) — Hémi-sections de la moelle dorsale à trois niveaux différents. Effets contraires aux doctrines de Brown-Séquard et Ferrier, par F.-W. MOTT. (*The Journal of Physiology*, XII, p. 191.) — Étude clinique sur la sclérose en plaques, par G. COUSOT. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 4, p. 317.) — Étude des dégénérescences secondaires de la moelle, par la méthode de Marchi et d'Algeri, par BARBACCI. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Paralysie spinale aiguë, mort au 12e jour à l'autopsie myélite cervicale transverse, par SINKLER. (*Med. news*, 7 novembre.) — La paralysie spinale spasmodique, par MARIE. (*Gaz. des hôp.*, 15 octobre.) — Paraplégie flasque par compression de la moelle, par BABINSKI. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — De la myélite par compression dans la carie du rachis, par SCHMAUS. (*Wiesbade*, 1890.) — Traitement de la polyomyélite aiguë antérieure, par GIBNEY. (*Med. news*, 10 octobre.) — Observation de syringomyélie, par ARCANGELI. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Nouvelle autopsie de maladie de Morvan, syringomyélie, par JOFFROY et ACHARD. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.) — Lésions articulaires dans la syringomyélie, par SOKOLOW. (*Vratch*, 6 juin.) — L'ataxie locomotrice, par THOMPSON. (*Med. news*, 19 septembre.) — Ataxie de Friedreich, ses rapports avec les voies conductrices dans la moelle, par INGLIS. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 31 octobre.) — Etude des troubles tro-

phiques du maxillaire dans le tabes, par Rosin. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.* I, 5 et 6.) — Hémi et paraplégie dans le tabes, par Minor. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 5 et 6.) — Des paralysies atrophiques dans le tabes, par Goldscheider. (*Ibid.*) — Anatomie pathologique du tabes dorsal, par Krauss. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 2.) — Le bandage roulé contre les douleurs du tabes, par Leidy. (*Med. news*, 29 août.) — L'utilité de la suspension dans les maladies de la moelle, par Stewart. (*Med. news*, 12 septembre.) — Gliome de la moelle, par Hochhaus. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 603.) — Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale avec lésion hémilatérale de la moelle d'origine traumatique simulant la syringomyélie, par Charcot. (*Arch. de neurol.* septembre.) — Blessure de la queue de cheval et du cône médullaire, par Herter. (*N.-York med. journ.*, 22 août.)

Monstre. — Monstre hétéradelphe adulte, par Virchow. (*Berl. klin. Woch.*, 11 mai.) — Monstre humain double, par Adenot. (*Lyon méd.*, 11 octobre.) — Observation de monstre causé par impression maternelle, par Collins. (*Univ. med. magaz.*, III, p. 619.) — Monstruosité rare, par Pike. (*Chicago med. Times*, XXIII, p. 204.) — Monstre phocomèle avec anomalies, par Martin-Saint-Ange. (*Journ. de l'anat.*, 5). — Thoracopagus omphalopagus, par Jacoby. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, I.)

Morve. — Observations sur la morve, par Babes. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.)

Muscle. — De la forme extérieure des muscles de l'homme dans ses rapports avec les mouvements exécutés, par Demeny. (*Acad. des sc.*, 9 novembre.) — Trois cas de muscle sternal, par Fick. (*Anat. Anzeiger*, VI, 20.) — Le grand droit de l'abdomen et les muscles antérieurs du cou, par Hervé. (*Rev. Ecole d'anthrop.*, 15 juin.) — Rapports de calibre des faisceaux des muscles striés chez l'homme, par G. Schwalbe et Mayeda. (*Zeitschrift für Biologie*, IX, p. 482.) — Sur le contenu en eau de la chair musculaire, par Frenzel. (*Biol. Centralb.*, XI, 20.) — Le travail musculaire, par Gautier. (*Rev. scientif.*, 31 octobre.) — Sur la dynamométrie comparée des fléchisseurs des doigts et des élévateurs de la mâchoire, par Féré. (*Soc. de biol.*, 17 octobre.) — Réaction au courant alternatif dans les muscles normaux et dégénérés, par Starr et Young. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Sur un nouveau signe électrique musculaire, par Doumer. (*Soc de biol.*, 25 juillet.) — Sur les types pathologiques de la courbe de secousse musculaire, par Mendelssohn. (*Acad. des sc.*, 10 août.) — Sur le tremblement musculaire, par Herringham. (*Journal of Physiology*, XI, p. 478. — Myosite ossifiante, par Macdonald. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Un cas de myosite ossifiante progressive multiple, par Svensson. (*Hygiea*, mars.) — Myosite tuberculeuse, par Ogston. (*Lancet*, 22 août.) — Etude sur la polymyosite aiguë primitive, par Struempell. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Quelques recherches sur la nature microbienne et la pathogénie de la myosite infectieuse primitive, par Brunon. (*Normandie méd.* 15 juillet.) — De la dystrophie musculaire progressive, par Klebs. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 1[er] mars.) — Atrophie musculaire progressive expérimentale, par Roger. (*Acad. des sc.*, 26 octobre.) — Atrophie musculaire précoce chez un hémiplégique, par Darkschevitsch. (*Neurol. Centralb.*, 18 octobre.) — Un cas de dystrophie juvénile, par Schüle. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Pathologie de l'atrophie musculaire progressive, par Stembo. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 29 juin.) — Un cas d'atrophie musculaire spinale progressive, avec lésion des noyaux bulbaires et de l'écorce, par Alzheimer. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 2.)—Attelles pendu-

laires pour le traitement des contractures, par Krukenberg. (*Soc. méd. de Hambourg*, 17 février.)

Mycosis. — Mycosis fongoïde, par Hallopeau. (*Soc. de dermat., Paris*, 23 juillet.)

Myopie. — Myopie dans les écoles de Cincinnati, par Dowling. (*Times and regist.*, n° 672.)—Sur l'hérédité de la myopie, par Javal. (*Bull. Acad. méd.*, 18 juillet.)

Myxœdème. — Tuméfaction myxœdémateuse de la moitié du corps chez un crétin, par Thomson. (*Edinb. med j.*, septembre.) — Du myxœdème, par Mosler. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Observations ophtalmométriques chez une femme atteinte de myxœdème avec craniotabes, par Beccaria. (*Giorn. accad. med. di Torino*, mars.) — Laryngite tuberculeuse dans un cas de myxœdème, par Hector Mackenzie. (*London path. soc.*, 20 octobre.) — Traitement du myxœdème par les injections de suc de thyroïde du mouton, par Murray. (*Brit. med. journ.*, 10 octobre.)

N

Nerf. — Recherches sur la structure des ganglions spinaux, par Muller. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXIII, 26.) — Sur une particularité des fibres nerveuses à myéline, par G. Marenghi et L. Villa. (*La Riforma medica*, 2 mai.) — De la segmentation du noyau de la 3e paire, par Bruce. (*Proceed. roy. soc. Edinburgh*, XVII, p. 168.) — Sur les nerfs vasomoteurs de l'œil, par Morat et Doyon. (*Lyon méd.*, 12 juillet.) — Sur la racine dorsale du nerf hypoglosse chez l'homme et les mammifères domestiques, par Kazzander. (*Anat. Anzeiger*, VI, 16.) — Rapports du nerf optique avec le système nerveux central (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juin.) — Etudes anatomiques sur l'ablation du ganglion semi lunaire, par Andrews. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 1er août.) — Sur les fibres d'arrêt respiratoire du vague, par Consiglio. (*Sicilia med.*, III, 8.) — Rôle du grand sympathique dans l'accommodation, par Doyon. (*Thèse de Lyon.*) — Différence de potentiel existant en divers points des nerfs pendant le fonctionnement vital, par Solvay, Heger et Gérard. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 août.) — Phénomènes paralytiques consécutifs à la section des nerfs sensitifs, par Exner. (*Centralbl. f. Physiol.*, IV, n° 24, p. 741.) — Névrite périphérique avec crises épileptiques, par Cagney. (*Lancet*, 14 nov.) — De la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide, par Gosselet. (*Thèse de Lille.*) — Sur les névrites alcooliques et arsenicales, par de Renzi. (*La Riforma medica*, 17 avril.) — Névrite multiple rhumatismale, par Gordinier. (*N. York med. journal*, 1er août.) — Les névrites multiples aux bains d'Œynhausen, par Voigt. (*Deutsche med. Woch*, n° 16, p. 559. — Deux cas de paralysie des racines inférieures du plexus brachial, par Pfeiffer. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Névralgie épileptiforme du nerf dentaire inférieur, destruction du nerf par le thermocautère, disparition des douleurs et des convulsions, par Dubrueil. (*Semaine méd.* 9 sept.) — Deux observations d'hyperkinésie du nerf spinal, par du Cazal, (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juin.) — De la sciatique, par Eliot. (*N. York med. journ.*, 25 juillet.) — Sur l'attitude vicieuse de la sciatique, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 20 nov.) — Le traitement de la douleur dans

la sciatique, par Liégeois. (*Revue gén. de clinique*, 40.) — Trois observations de névralgies sciatiques traitées par l'élongation, par Charvot. (*Bullet. soc. de chir.*, XVII, p. 294.) — Névrome plexiforme de la nuque, par Lande. (*Journal de méd. Bordeaux*, 12 juillet.) — Du névrome plexiforme, par Bruns. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Tumeurs des troncs nerveux, par Hume. (*Lancet*, 19 sept.) — Des paralysies multiples des nerfs crâniens par tumeurs de la base du crâne, par Dinkler. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I,5 et 6.) — Un cas de myosarcome du nerf optique, par Garnier. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juin.) — Lésion limitée des racines spinales par cancer secondaire du rachis et de la dure-mère, par Johnson et Murray. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 27 oct.) — Traitement chirurgical de quelques maladies et lésions des nerfs, par Deaver. (*Med. News*, 8 août.) — Autoplastie du nerf cubital, par Dittel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 avril.) — Plaie par arme à feu, résection du nerf cubital, suture, guérison, par Gardner. (*Lancet*, 10 oct.)

Nerveux (**Système**). — Les découvertes récentes dans l'anatomie et l'histologie du système nerveux central, par Van Gehuchten. (*Ann. soc. belge de microsc.*, XV, p. 115.) — Morphologie comparée du système nerveux central par Herrick. (*Journ. of compar. neurol*, I, p. 149.) — Etude des terminaisons nerveuses dans les poumons des batraciens anoures au moyen du bleu de méthylène, par Mondio. (*Giorn. Assoc. napolit.*, II, 3.) — Etude de la fibre nerveuse cérébro-spinale, structure du cylindre axe et de l'étranglement de Ranvier, par Demoor. (In-8°, 58 p., *Bruxelles.*) — Des affections nerveuses d'origine traumatique, par Schultze. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, I, 5 et 6.) — Des altérations histologiques du système nerveux central à la suite des injections hypodermiques répétées de sulfate de strychnine, par C. Martinotti. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juin, p. 461.)

Névroses. — Les névroses à un point de vue démographique, par Rosse. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 nov.) — Névroses tardives suite de fulguration, par Vizioli. (*Ann. di nevrol.*, IX, 1.) — Des kérauno névroses, par Frankl-Hochwart. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 5 et 6.) — Des névroses fonctionnelles par Theimer. (*Prager med. Woch.*, 24 juin.) — Traumatismes et névropathies, par Castex. (*La médecine moderne*, 12 février.) — Neurasthénie et hyperacidité, par Pfannenstill. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 17.) — Quelques cas de neurasthénie, causes et prophylaxie, par Lockwood. (*N. York med. journ.*, 25 juillet.) — Sur la neurasthénie artificielle, par Pelizœus. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 776. — Etude de l'aura neurasthénique et des phénomènes qui l'accompagnent, par Stefani. (*Riv. sper. di freniat.*. XVII, 3.) — Causes et traitement de certaines formes de migraine, par Wassinger (*N. York med. journ.*, 8 août.) — Sur un cas d'agoraphobie, par Courtois-Suffit. (*Gaz. des hôp.*, 6 oct.) — L'agoraphobie et le rétrécissement du champ visuel, par Nieden. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13. p. 465.) — Un cas d'agoraphobie et de korinoniphobie, par Scheiber. (*Wiener med. Woch.*, 20 juin.) — Diathèse de contracture, par Richer. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 5.)

Nez. — Formes et dimensions du squelette du nez, par Ferrarini. (*Arch. per l'Antropol.*, XXI, 2.) — Os surnuméraire du nez, par Valenti. (*Monit. zool. ital.*, II, 8.) — Sur le mode de communication du sinus frontal avec le méat moyen, par Alezais. (*Soc. de biol.*, 17 oct.) — Des maladies du nez et de leur traitement, par Reiss, (53 p., *Berlin.*) — Le bégaiement et les maladies du nez et du pharynx, par Kafemann. (*Archivos int. de laring.* II, 10. — Les méthodes d'examen des cavités nasales et pharyngée, par Kessel. (*Korr. Bl. d.*

aerzt. Ver. Thuringen, 7.) — Bactéries des fosses nasales à l'état normal, par Deletti. (*Arch. ital. di laring.*, XI. 4.) — Faits de rhinologie, par Kayser. (*Deutsche med. Woch.* n° 26.) — Névroses réflexes de l'oreille, du nez et de la gorge, par Baumgarten. (*Monats. f. Ohrenh.*, sept.) — Un cas de rhinite dite caséeuse ou cholestéomateuse, par Strazza. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 8.) — Abcès des sinus frontaux, par Mayo. (*Northwersten Lancet*, 1er août.) — Diverses formes de la maladie des cellules ethmoïdales, par Bosworth. (*N. York med. journ.*, 7 nov.) — Un cas de tuberculose nasale supposée chez un singe, par Shurly, (*Ibid.*, 7 nov.)— Tuberculose primitive de la muqueuse nasale, par Beerman. (*Thèse de Wurzbourg*, 1890.) — Deux cas de rhinite membraneuse, par Newcomb. (*N. York med. journ.*, 12 sept.) — Diphtérie chronique du nez, par Concetti. (XIV *Cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — De l'ozène, par Demme. (*Soc. laryng. Berlin*, 17 juillet.) — De l'ulcère perforant de la cloison, par Freudenthal. (*N. York med. Woch.*, mai.) — Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par Natier. (*Ann. policlin. Paris*, juillet.) — Une lampe électrique pour l'éclairage par transparence des cavités du nez et des sinus, par Neumann. (*Soc. roy. de méd. de Buda-Pesth*, 31 oct.) — Nouveau miroir pour l'arrière cavité des fosses nasales et le larynx, par Harke. (*Deutsche med. Woch.*, 28.) — L'instrumentation et la technique chirurgicale pour les sinus du nez, par Cozzolino. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 6.) — Quelques particularités du traitement local des affections du nez et de la bouche, par W. Philips. (*New York med. Record*, 11 avril. — Note sur l'emploi de l'acide trichloracétique pour le nez et le pharynx, par Kilian. (*Münch. med. Woch.*, 39.) — De l'aristol dans le traitement des maladies du nez et de la gorge, par Phillips. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 3 oct.) — De l'europhène dans les maladies du nez, par Lœwenstein. (*Therap. Monats.*, sept.) — Sur les vibrations nasales (massage), par Pierce. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 10 oct.) — Chirurgie du nez, par Nicolai. (XIV *Cong. Assoc. med. ital. Sienne.*) — Une scie nasale universelle, par Bucklin. (*N. York med. Record.*, 24 oct.) — Nouvelle pince nasale, par Cousins. (*Brit. med. j.*, 21 nov.) — L'électrolyse dans les déviations et épaississements de la cloison nasale, par Botey. (*Archivos int. de laring.*, II, 8 et 9.) — Contribution au traitement des sténoses nasales, par Astier. (*Ann. mal. de l'or.*. oct.) — Un cas de strabisme convergent guéri par l'opération d'Adam modifié (redressement de la cloison du nez), par F. Quinlan. (*N. York med. Record.*, 30 mai.) — Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né, ablation et guérison, par Le Roy. (*France méd.*, 24, p. 371.) — Le traitement radical des polypes du nez, par Casselberry. (*N. York med. journ.*, 14 nov.) — Extirpation par les choanes d'une volumineuse tumeur intra-nasale, par Laker. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 3 et 4.) — Kystes du nez, deux cas, par Richardson. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 3 oct.) — Nouvelle méthode de coloration des bacilles du rhinosclérome, par Mibelli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 2.) — Quelques recherches bactériologiques sur un cas de rhinosclérome. (*Ibid.*, XXVI, 1.) — Sarcome du nez, par Clark. (*Boston med. j.*, 3 sept.) — Tumeurs malignes du nez et de la gorge (trois cas naso-pharynx, amygdale et larynx), par Macintyre. (*Journ. of laryng.* V, 10.) — Procédé de rhinoplastie en cas d'ensellure nasale, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 avril.)

Nystagmus. — Nystagmus des mineurs, par Thompson. (*Trans. Opht. Soc. unit. Kingdom*.. XI, p. 87.) — Nystagmus chez un compositeur, par Snell. (*Ibid.*, p. 102.)

O

Obésité. — Le traitement diététique de l'obésité, par Towers-Smith. (*Provincial med. Journ.,* 116.) — La stérilité des obèses, par Kisch. (*Wien. med. Presse,* nº 21, p. 821.)

Occlusion intestinale. — Étude expérimentale sur le météorisme local dans l'occlusion intestinale, par Kader. (*Thèse de Dorpat.*) — Sur les effets de l'occlusion intestinale, par E. Pernice. (*Riforma medica*, 31 août.) — De l'occlusion intestinale aiguë, par Routier. (*Bullet. Soc. chir.*, XVI, p. 355.) — Diverticules de l'intestin et persistance des vaisseaux ombilicaux comme cause d'incarcération de l'intestin, par Neumann. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow.*, II.) — Invagination iléo-côlique déterminée par un adénome du côlon ascendant, par Lyot. (*Bull. soc. anat.*, p. 401, juillet.) — Etranglement intestinal, hémorragie, mort rapide, par Clément. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Contribution à l'étude de l'étranglement intestinal, par W. Koerte.(*Berlin. klin. Wochens.*, 8 juin.) — Iléotyphus, par A. Cantani. (*Morgagni*, janvier.) — Traitement de l'iléus, par Aufrecht. (*Therap. Monats.*, août.) — Contribution au traitement de l'occlusion intestinale par le lavage de l'estomac, par Raule Oddone. (*Riforma medica*, 25 août.) — Occlusion intestinale par vers intestinaux, établissement d'un anus artificiel, fermeture de l'anus par un procédé autoplastique nouveau, par Heydenreich. (*Semaine méd.,* 19 août.) — Obstruction intestinale par un calcul énorme. Laparotomie et entérotomie, par Le Bec. (*France méd.*, 22.) — Laparotomie pour occlusion intestinale, par Mason. (*Lancet,* 21 novembre.) — Etranglement interne et laparotomie, par Monod. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 372.)

Œil. — L'œil primitif des vertébrés, par Béraneck. (*Arch. des sc. phys. et nat.*, octobre.) — Les glandes du corps ciliaire, par Collins. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 55.) — Physiologie des yeux à facettes de l'écrevisse et des insectes, par Exner. (*Biol. centralb.*, XI, 19.) — Sur la fusion des sensations chromatiques perçues isolément par chacun des deux yeux, par Chauveau. (*Acad. des sc.*, 7 septembre.) — Sur les sensations chromatiques excitées dans l'un des deux yeux par la lumière colorée qui éclaire la rétine de l'autre œil, par Chauveau. (*Ibid.*, 21 septembre.) — Sensations lumineuses subjectives après l'énucléation de l'œil, par Park. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — Un nouveau phénomène entoptique, par Tscherning. (*Ann. policlin. Paris,* novembre.) — Sur le centre de rotation de l'œil humain, par Rey. (*Thèse de Toulouse.*) — Appareil pour l'examen de l'acuité visuelle, par Carl. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 10.) — Un ophtalmoscoptomètre à micromètre, par Leroy. (*Ibid.*) — Examen de la vue chez les enfants des écoles d'Aberdeenshire, par Ferdinands. (*Brit. med. j.*, 12 septembre.) — Examen des yeux des élèves du gymnase de Teschen, par B. Fizia. (*Das œsterreich Sanitätswesen,* 1890, et *Hygienische Rundschau,* I, 348.) — Traité des maladies des yeux, par Hersing. (7e édit., *Stuttgart.*) — 4e bulletin annuel de la clinique ophtalmologique de Montpellier, par Pansier. (*Montpellier méd.*, 16 novembre.) — Etude sur 1,500 cas de réfraction, par Gould. (*Journ. Americ. med. Assoc.,* 19 septembre.) — 1,000 cas de névralgie oculaire et étude de la réfraction oculaire dans ces cas, par Mittendorf. (*N. York med. Record*, 18 juillet.) — Sur les rapports

entre l'accommodation et la convergence, par BERRY. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 156.) — Différences individuelles dans le degré de déviation latérale latente de l'œil dans le regard en haut et en bas, par BERRY. (*Ibid.*) — Les anomalies de la convergence, par VAN MILLINGEN. (*Ann. d'ocul.*, août.) — De la skiascopie, par L. KÖNIGSTEIN. (*Wien. med. Presse*, n° 15, p. 569.) — De la mydriase essentielle, par PRUVOST. (*Thèse de Lille.*) — De l'étiologie et de l'héméralopie épidémique et de ses rapports avec le scorbut, par VAUCEL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hémianopsie latérale homonyme, par DILLER. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Double hémianopsie, par SWANZY et WERNER. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 183.) — Hémianopsie horizontale, par WILLIAMS. (*Ibid.*, p. 190.) — Deux cas d'hémianopsie homonyme, par PRESTON. (*N. York med. Record*, 4 juillet.) — De la diplopie monoculaire comme symptôme cérébral, par DURET. (*Acad. de méd.*, 22 septembre, et *Ann. d'ocul.*, octobre.) — Diplopie monoculaire, par THOMPSON. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 12 septembre.) — Examen de la doctrine de Grœse sur l'antipathie pour la vision unioculaire, par STEVENS. (*Ibid*) — La correction complète de l'amétropie, par JACKSON. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 5 septembre.) — De la migraine ophtalmoplégique périodique, par R. MASSALONGO. (*Riforma medica*, 13 février.) — Etude des paralysies oculaires, par RECKEN. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, octobre.) — Un cas de paralysie progressive chronique des muscles de l'œil, recherches sur l'amblyopie toxique, par BOEDEKER. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 2.) — Paralysie du droit externe et lésions de l'œil consécutives à une application de forceps. (*Centr. f. prakt. Augenh.*, mai.) — Paralysie complète des deux droits externes, par DONALDSON. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 115.) — Pathologie de l'ophtalmoplégie, par COLLINS et WILDE. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Sur les amauroses traumatiques sans lésions appréciables à l'ophtalmoscope, par FANO. (*Journ. d'ocul. et de thérap.*, juin.) — Anomalies des muscles oculaires, par STEVENS. (*Arch. of Opht.*, XX, 3.) — De la microphtalmie congénitale, par BICHET. (*Thèse de Lille.*) — Macule congénitale de la cornée avec synéchies dans un cas de microphtalmie congénitale, par TRATTNER. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, octobre.) — Mode de formation de la cyclopie, par DARESTE. (*Ann. d'oculist.*, septembre.) — Cobaye atteint d'anophtalmos, considérations générales sur cette anomalie, par GUINARD. (*Lyon méd.*, 4 octobre.) — Formations hyalines dans la papille du nerf optique et la rétine des brightiques, par GURWITSCH. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, août.) — Formation glandulaire dans le nerf optique, par PURTSCHER. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, octobre. — Suppuration autour du muscle droit supérieur avec perforation de la conjonctive, par BOCK. (*Cent. f. Prakt. Augenh.*, septembre.) — Etat de l'œil dans l'imbécillité, l'épilepsie et la paralysie générale, par OLIVER. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 septembre.) — Sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique, par BOSC. (*Thèse de Montpellier.*) — Sclésore disséminée, ayant l'aspect d'une paraplégie spasmodique primitive, avec atrophie des deux nerfs optiques, par ZIMMERMAN. (*Arch. of Opht.*, XX, 3.) — Etiologie des lésions phlycténulaires de l'œil, par DUNN. (*N. York med. Journ.*, 19 septembre.) — Recherches sur les bacilles de la panophtalmie, par HAAB. (*Forts. d. Med.*, 1er octobre.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'insufflation de poudre d'iodoforme, par VALUDE. (*Ann. d'ocul.*, août.)— Comparaison entre la résection du nerf optique et l'énucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique, par MARCHAL. (*Thèse de Nancy.*) — Ablation d'un œil malade, rémission des symptômes cérébraux réflexes, par MOULTON. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 19 septembre.) — Onctions et compression dans le traitement de certaines affections hyperplasiques de

l'œil, par Ryerson. (*Arch. of Ophth.*, XX, 4.) — Plaies de l'œil chez les enfants, par Baxter. (*Arch. of Ophth.*, XX, 3.) — Des brûlures de l'œil, par Thirion. (*Thèse de Montpellier.*) — Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement, avec considérations sur la pathogénie, la prophylaxie et le traitement de l'ophtalmie sympathique, par Darier. (*Gaz. des hôp.*, 10 octobre.) — Traumatisme extraordinaire de l'œil, guérison rapide avec conservation de l'organe, par Armaignac. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 juillet.) — Deux cas de tuberculose du tractus uvéal, par Proebsting. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, octobre.) — Un cas d'exophtalmie pulsatile, par Wing. (*Arch. of Ophth.*, XX, 4.) — Kyste dans la chambre antérieure, par Mc Hardy. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 53.) — Les tumeurs métastatiques de l'œil, par Holden. (*Arch. of Ophth.*, XX, 3.) — Sur l'épithélioma de l'angle interne de l'œil, par Thibaudrin. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur la valeur thérapeutique de la pyoctanine en oculistique, par Marchelti. (*Riforma medica*, 30 avril.) — Nitrate de strychnine dans l'amblyopie alcoolique et tabagique, par Black. (*N. York med. Journ.*, 12 septembre.) — Le pansement occlusif humide dans les maladies des yeux, par Julg. (*Thèse de Nancy.*) — L'antisepsie en oculistique, par Zieminski. (*Cong. méd. polon. Ann. d'ocul.*, octobre.)

Œsophage. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage causé par l'ouverture de ganglions lymphatiques mélaniques, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 534.) — Diverticule de l'œsophage ouvert dans le poumon, gangrène pulmonaire, mort, par Leichtenstern. (*Ibid.*, 15, p. 533.) — Cancer de l'œsophage, thrombose cancéreuse de la veine azyzos, prolongée dans la veine cave supérieure, l'oreillette droite et le ventricule droit, par Leichtenstern. (*Ibid.*, 15, p. 535.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, gastrostomie, mort par perforation de l'aorte, par Moullin. (*Lancet*, 10 octobre.) — Tentative de suicide par ingestion de potasse caustique, œsophagite intense, rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie, mort par congestion pulmonaire, par Roux de Brignoles. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 438.) — De la dilatation rétrograde des rétrécissements de l'œsophage, par Gissler. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 1.) — Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage du cardia, dilatation consécutive, par Dixon. (*Mississipi valley med. Assoc.*, 14 octobre.)

Orbite. — Du phlegmon traumatique de l'orbite, par Demay. (*Thèse de Lille.*) — Communication artério-veineuse dans l'orbite, par Williams. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XI, p. 31.) — Fracture par cause directe de la voûte orbitaire, abcès intra-cranien, guérison, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 13, p. 400.)

Oreille. — Sur les osselets de l'oreille, par Larsen-Utke. (*Lancet*, 8 août.) — De l'anthropologie de l'oreille, par Schwalbe. (*Int. Beit. z. w. med. Fetsch. Virchow.*, I.) — Physiologie du nerf de l'espace, par Bonnier. (*Acad. des sc.*, 26 octobre.) — De l'enseignement des maladies des oreilles, du larynx et du nez, en Allemagne, par Moure. (*Journ. de méd. Bordeaux.*, 2 août.) — Leçons sur les maladies de l'oreille, par Hermet. (In-8°, 296 p., *Paris.*) — La surdité et ses principales causes, par V. Grazzi. (*Morgagni*, mai.) — D'une forme particulière de vertige auriculaire, par Loewenberg. (*Bullet. méd.*, 26 août.) — Perte de connaissance à la suite d'une secousse, guérison par l'insufflation dans l'oreille moyenne, par Bayer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 778.) — Etiologie et traitement du bourdonnement d'oreilles, par Turnbull. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 septembre.) — Valeur séméiotique des battements pulsatiles constatés à l'endotoscope, par Gellé. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — De la dipla-

cousie biauriculaire, par Treitel. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 3 et 4.) — Signification clinique des perforations du tympan, par Muller. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 2.) — Collapsus de la membrane du tympan, par Lichtenberg. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — Observations bactériologiques sur les furoncles du conduit auditif externe, par Maggiora et Gradenigo. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 10, et *Giornale Accad. med. Torino*, juillet, p. 713.) — L'otite externe chez les névropathes par Trifiletti. (*Boll. mal. de l'orrecchio*, IX, 10.) — Contribution à l'étude de l'étiologie des otites catarrhales, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juin, p. 397.) — Sur quelques cas d'otite moyenne, par Aunac. (*Thèse de Montpellier.*) — L'otite moyenne et ses complications, par Arbuthnot Lane. (*Lancet*, 26 septembre.) — Le tabac à priser cause d'otite moyenne aiguë, par Haug. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 2.) — Otite moyenne chronique, non suppurée, par Deuch. (*N. York med. Journ.*, 26 septembre.) — De la surdité déterminée par le tympan ou les osselets dans l'otite moyenne sèche et des moyens d'y remédier, par Miot. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — L'otite grippale observée à Paris en 1891, par Loewenberg. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — De l'otite moyenne suppurée, analyse de 300 cas, par Milligan. (*Med. Chronicle*, XIV, 6.) — Observations bactériologiques sur les otites moyennes purulentes, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giornale Accad. med. Torino*, juillet, p. 490.) — Traitement des écoulements muco-purulents de l'oreille par le tamponnement hydrophile, par Luc. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 22, p. 338.) — Deux cas de guérison de suppuration chronique de la caisse à la suite de l'excision du marteau, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, IV, 5.) — Excision du tympan, du marteau et de l'enclume dans le traitement de l'otite moyenne catarrhale et purulente chronique, par Burnett. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 septembre.) — Le collier de Leiter au début de la lésion mastoïdienne, par Bacon. (*N. York. med. Journ.*, 10 octob.) — Des abcès du cervelet consécutifs aux otites, par Jourdanet. (*Thèse de Lyon.*) — Etude clinique sur la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Kanasugi. (*Verh. phys. med. ges. Würzburg*, XXV, 5.) — Dégénération gélatiniforme des apophyses mastoïdes chez une ataxique sourde, par Treitel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai.) — Périostite primitive de l'apophyse mastoïde, par Wurdemann. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Rupture traumatique de la membrane du tympan, paralysie faciale, guérison, par Delobel. (*Bull. Soc. de méd. prat. Paris*, 1er octobre.) — Larves vivantes dans l'oreille, par Baxter. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 1.) — Grave vertige auditif produit par cholestéatomatose de la caisse, guérison, par Trifiletti. (*Rivista clinica e terap.*, n° 5, p. 228.) — Ostéome de l'oreille, par Rafin et Rougier. (*Lyon méd.*, 27 septembre.) — Un cas d'ostéome de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, par Lichtenberg. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — Anatomie microscopique des tumeurs de l'oreille externe, par Haug. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 2.) — Tympans artificiels, par Turnbull. (*Med. News*, 1er août.) — Nouveau cornet acoustique, par Aschendorf. (*Berlin. klin. Wochens.*, 27 avril.) — Emploi du lysol dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, par Haug. (*München. med. Woch.*, 17 mars.) — Electrodes pour l'oreille, par Bishop. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Cas de surdité traités par les injections de pilocarpine, par Hyde Hills. (*Cambridge med. Soc.* 10 juillet.)

Oreillons. — De la fièvre dans les oreillons, par Greffie. (*Thèse de Montpellier.*) — Un cas d'oreillons, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 8 septembre.) — Note sur un cas de paralysie survenue dans le cours des oreillons, par Chavanis. (*Loire méd.*, 15 septembre.)

Orthopédie. — La chirurgie orthopédique, par SHAFFER. (*N. York med. Journ.*, 14 novembre.) — La chirurgie orthopédique comme spécialité, par JUDSON. (*Ibid.*, 10 octobre.) — La chirurgie orthopédique, par GIBNEY. (*Ibid.*, 7 novembre.) — La policlinique de l'Université de Berlin pour la chirurgie orthopédique, par JOACHINSTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 381, 13 avril.)

Os. — La situation du trou nourricier des os longs et sa valeur comme point de repère dans les mensurations de ces os, par JACQUEMARD. (*Thèse de Lyon.*) — Des corpuscules de Pacini dans le périoste des oiseaux, par S. PANSINI. (*Giornale Ass. Napoletana di medici*, p. 55.) — Contribution à l'étude des os sésamoïdes, par A. TEDESCHI. (*Atti della Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 241.) — L'humérus et le fémur considérés dans les espèces, les races humaines, selon le sexe et selon l'âge, par BERTAUX. (*Thèse de Lille.*) — De la théorie de la résorption des os par excès de pression et de leur accroissement par diminution de pression, par J. WOLFF. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai.) — Les maladies osseuses des grands singes, par ROLLET. (*Rev. scientif.*, 15 août.) — Des ostéo-arthropathies consécutives à certaines affections pleuro-pulmonaires ou bronchitiques, par BARIÉ. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 22, p. 333.) — Ostéomyélite du fémur, par GIBB. (*Glasgow med. Journ.*, mai.) — De l'ostéomyélite prolongée à distance, par LEJARS. (*Gaz. des hôp.*, 12 novembre.) — Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du décollement épiphysaire, par P. GUIDONE. (*La Riforma medica*, 3 mars.) — Sur l'ostéomyélite déformante, par VINCENT. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.) — Du décollement traumatique des épiphyses, par CURTILLET. (*Thèse de Lyon.*) — Genu valgum double et ostéoclasie des deux fémurs. Résultat constaté 5 ans après ; attitude normale des membres, par NICAISE. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 329.) — Sur l'implantation de fragments volumineux d'os décalcifié, pour combler les pertes de substance du squelette, par LE DENTU. (*Acad. des sc.*, 16 novembre.) — Les exostoses ostéogéniques, par LE DENTU. (*Gaz. des hôp.*, 15 août.) — De l'affection pernicieuse des os, lymphadénie, par NOTHNAGEL. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow.*, II.) — Les ostéosarcomes de l'extrémité inférieure du fémur, par DUPLAY. (*Gaz. des hôp.*, 8 octobre.) — Sarcome périostique de l'extrémité supérieure de l'humérus avec envahissement de l'aisselle et de la région scapulaire. Amputation dans la contiguïté du tronc ; succès opératoire. Mort au bout de trois mois par généralisation pulmonaire, par F. MONOD. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 120.) — Un cas d'ostéomalacie guéri, par STERNBERG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 17 avril.) — Guérison de l'ostéomalacie par le phosphore, par STERNBERG. (*Wiener klin. Woch.*, 17.) — De la castration dans l'ostéomalacie, par THORN. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 octobre.)

Ovaire. — Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien, par PETIT. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 octobre.) — Kystes tubo-ovariques, par ROBINSON. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Genèse des tumeurs à épithélium vibratile de l'ovaire, par PFANNENSTIEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XL, 3.) — Des tumeurs ovariques à contenu gélatineux, étude de la péritonite pseudo-myxomateuse, par STRASSMANN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 2.) — Des kystes dermoïdes de l'ovaire, par LEBROU. (*Thèse de Montpellier.*) — Un cas de kyste sarcomateux de l'ovaire avec sarcomatose péritonéale, par FRIEDLAENDER. (*Thèse inaug. Munich.*) — Sarcome de l'ovaire, opération, par PORTER. (*Med. News*, 12 septembre.) — Sarcome encéphaloïde bilatéral de l'ovaire, propagation au grand épiploon et au mésentère, péritonite suraiguë, mort, par PEPIN. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 21 juin.) — La

castration unilatérale chez la femme, sa valeur par A. Routier. (*La Médecine moderne,* 2 avril.) — Les résultats tardifs de l'ablation des ovaires et des trompes, par Lusk. (*Americ. j. of Obst.*, novembre,) — Anosmie après castration bilatérale, par Gottschalk. (*Deut. med. Woch.*, 26.) — La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 5 novembre.) — Ovariotomie pendant la grossesse, par Fenger. (*Americ. j. of Obst.*, septembre.) — Volumineuse tumeur ovarique extrapéritonéale enlevée par laparotomie sans ouverture du péritoine, par Ferguson (*Edinb. med. Journ.,* novembre.) — Deux cas d'extirpation des ovaires avec lésion intestinale, par Kletzsch. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Trois cas d'ovariotomie, deux morts, particularités rares, par Ahlfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 avril.) — Notes cliniques sur six ovariectomies et deux amputations utéro-ovariennes, par Mattia Fontana. (*Morgagni*, juillet.) — Récidive cancéreuse dans la cicatrice abdominale d'une ovariotomie pratiquée 4 ans auparavant, par Michaux. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 819.

P

Palais. — Du bourrelet palatin, étude du palais osseux, par Stieda. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, I.) — Du voile du palais dans l'effort, par Couetoux. (*Ann. Mal. de l'or.*, octobre.) — Un cas rare de paralysie du voile du palais (enfant de 9 ans, fièvre paludique et mal de Pott), par Marano. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 4.) — La respiration buccale n'est pas la cause des resserrements des mâchoires et de la forme ogivale de la voûte, par Talbot. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 3 octobre.) — Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre, par Solis Cohen. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — Sur un cas d'uvulite tuberculeuse, par Ragoneau. (*Ibid.*) — Deux cas d'allongement avec déchirure partielle de la luette, par Gœbel. (*Arch. de méd. milit.,* octobre.) — De la soudure complète du voile du palais au pharynx de nature scrofuleuse, par Lavrand. (*Journ. sc. méd., Lille*, 16 octobre.) — Adhérence du voile au pharynx, par Mac Mahon. (*Canadian practitioner*, 16 février.) — Sur la fissure du palais, par Morgan. (*Lancet*, 19 septembre.) — Des tumeurs du voile du palais et de la voûte palatine, par Leclerc (*Thèse de Montpellier.*) — Papillomes pédiculés du voile, de la luette et des piliers, par Dunn. (*N. York. med. journ.* 22 août.) — Un crochet palatin se maintenant en place, par Weagly. (*Med. News*, 3 septembre.)

Paludisme. — Du paludisme, ses manifestations, son évolution, sa thérapeutique, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 21 octobre.) — Sur quelques travaux récents relatifs à la malaria, par Grassi et Feletti. (*Cent. f. Bakter.*, X, 14.) — Les fièvres malariales de la vallée de Peshawur, leur traitement prophylactique, par Duncan. (*Lancet*, 26 septembre.) — La malaria sur la Côte-d'Or, par Prout. (*Lancet*, 1er août.) — L'impaludisme à New-York, par James, Jacobi, Ball, Thompson. (*New York med. record*, p. 381, mars.) — Contribution à l'étude de l'infection malarienne expérimentale chez l'homme et chez les animaux, par E. di Mattei. (*Riforma medica*, 30 mai.) — La parasitologie et le traitement de la malaria, par Romanovsky. (*St-Petersb. med. Woch.*, 24 août.) — Sur la pluralité des hématozoaires de la malaria, par V. Patella. (*Atti. Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 85.) — Valeur clinique de l'examen microscopique du sang dans l'infection

malarique, par A. Veronesi. (*Ibid.*, II, p. 48.) — Sur le parasite des fièvres paludéennes irrégulières, par Sakharoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 7.) — Corps flagellés inclus dans les cellules blanches chez les paludiques, par Nepveu. (*Soc. de Biol.*, 17 octobre.) — Démonstration par la coloration du fungus pathogène de la malaria, sa culture artificielle, résultats des inoculations, par Evans. (*Proceed. roy. Soc. London*, p. 199.) — Variations numériques des globules rouges et blancs en rapport avec les parasites de la malaria, par Dionisi. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Valeur diagnostique des organismes de Laveran, par Toulmin. (*Med. News*, 19 septembre.) — Les fièvres malariales printanières, par Bastianelli et Bignami. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Sur les fièvres intermittentes à longs intervalles, par Bignami. (*Riforma medica*, p. 169, 22 juillet.) — La fièvre quotidienne et la fièvre tierce estivo-automnale, par E. Marchiafava et A. Bignami. (*Ibid.*, 24 septembre.) — Infection malarienne chronique avec symptômes de sclérose en plaques, par A. Torti et A. Angelini. (*Ibid.*, 26 juin.) — Hémoglobinurie malariale, par Mc Hatton. (*Times and register*, 24.) — Un cas de bronchite malariale, par Graeser. (*Berl. klin. Woch.*, 6 octobre 1890.) — Contribution à l'étude de la névrite paludéenne, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, p. 257.) — Sciatique double d'origine palustre, par Potts. (*Univers. med. Mag.*, p. 317, mars.) — Du paludisme dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, par Martin. (*Thèse de Lyon.*) — De la phlébite paludéenne, par Rigollet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lésions intestinales dans la fièvre typho-malarienne, par Cheminade. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 août.) — De l'impaludisme et quelques obs. sur les lésions viscérales et vasculaires, par Garouphalos. (*Thèse de Montpellier.*) — L'action spécifique de la quinine sur les hémoplasmodies des paludismes, par Romanowski. (*Vratch*, 18.) — Des manifestations et du traitement de l'impaludisme pendant la grossesse, par Lasfargues. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement de la malaria par les injections d'eucalyptoline, par Buro. (*Gyogyaszat*, 38.)

Panaris. — Faits de maladie de Morvan, par Prouff. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 septembre.)

Pancréas. — Les découvertes récentes sur la physiologie du pancréas, par Gley. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 juillet.) — Anomalies du pancréas, par Bucheler. (*Soc. méd. de Greifswald*, 7 février.) — L'anatomie pathologique du pancréas, par Neve. (*Lancet*, 19 septembre.) — Indigestion, douleurs épigastriques, apoplexie pancréatique, par Thiroloix. (*Soc. anat. Paris*, 30 octobre.) — Sclérose du pancréas, par Mollard. (*Lyon méd.*, 1er novembre.) — Cancer de la tête du pancréas et du duodénum, par Boromaki. (*Marseille médical*, n° 7, p. 114.) — Etude des kystes du pancréas, par Gussenbauer. (*Prag. med. Woch.*, 32.) — Deux cas de kyste du pancréas, par Pearce Gould. (*Lancet*, 8 août.)

Pansement. — Théorie et pratique du drainage des plaies, par Graham. (*Med. News*, 19 septembre.) — Du pansement des plaies par la glycérine, par Fedorow. (*Med. Obosrenie*, XXXVI, 14.) — Traitement des plaies externes par la pyoctanine, par Korn. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 février.) — Traitement des plaies par les bains de sublimé, par Moullin. (*London med. Soc.*, 19 octobre.) — Solution aseptique avec l'eau stérilisée à 0. 6 0/0 de chlorure de sodium, par Fritsch. (*Deut. med. Woch.*, 19, 1890.) — Infection par les tubes à drainage, examen bactériologique des drains dans 16 cas de cœliotomie, par Robb et Ghriskey. (*John Hopkins hosp. Bull.*, II, 14.) — Nettoyage, blanchiment et antisepsie des éponges, par Rœser. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — De la stérilisation des objets de pan-

sement, par Gleich. (*Wiener klin. Woch.*, 8.) — Contribution à l'étude de l'absorption du catgut, par Latis. (*La Riforma medica*, 18 mars.) — Remarques sur le travail de Klemm de « l'infection par le catgut », par Brunner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Le crin de Florence en chirurgie, par G. Bianchi. (*La Riforma medica*, 1er mai.) — Du lysol et de son emploi en chirurgie, par Vulpius. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 1.) — Contribution à l'étude du mécanisme de l'action des caustiques sur les solutions de continuité, par Rossi. (*Riv. clinica e terap.*, 8.)

Paralysie. — Paraplégie infantile spastique, par Ferguson. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Rapports de la paralysie infantile avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte et l'atrophie musculaire progressive, par Sterne. (*Thèse de Nancy.*) — La paralysie spasmodique spinale infantile, par Marie. (*Union médicale*, 16 juin.) — Un cas d'hémiplégie alterne, par Souques. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, IV, 5.) — Sur une forme de paralysie par auto-intoxication périodique, familiale, par Goldflam. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, supplém.) — Des paralysies arsenicales, par Marik. (*Wiener klin. Woch.*, 30 juillet.) — Paralysie faciale saturnine, par Pagliano. (*Marseille médical*, n° 7, p. 387, 1891.) — Paralysie suite d'injection sous-cutanée d'éther, par Féaux. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 novembre.) — Formes variées de paralysies hystériques ou fonctionnelles, par Bastian. (*Lancet*, 10 octobre.) — Les paralysies obstétricales, par Dauchez. (*Ann. de gyn.*, septembre.) — De la paralysie agitante, par Dejerine. (*Semaine méd.*, 9 septembre.)

Paralysie générale. — Anatomie pathologique de la paralysie générale, par Binswanger. (*Neurol. Centralb.*, 15 octobre.) — Anatomie pathologique de la paralysie progressive, par Dotto. (*Il Pisani*, 1890.) — De la rémission dans la paralysie générale, par Guillemin. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — De la guérison de la paralysie progressive, par Kusnetzow. (*Vratch*, 10.) — Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale, classification histologique, par Klippel. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.) — Traitement chirurgical de la paralysie générale, par Shaw. (*Brit. med. j.*, 12 septembre.)

Parole. — Analyse des mouvements de la parole par la chronophotographie, par Démeny. (*Acad. des Sc.*, 27 juillet.) — Harmonie dans les voyelles, par V. Hensen. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 39.) — Transmission des voyelles à travers le téléphone et le microphone. Examen des courbes des voyelles au moyen de la sirène à ondes de Kœnig, par L. Hermann. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLVIII, p. 574.) — Contribution à la théorie de la ventriloquie, par Bleuler. (*Münch. med. Woch.*, 26 mai.) — Les troubles de la parole, par Wyllie. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — De l'enregistrement graphique des troubles de la parole, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 mai.)

Parotide. — L'albuminurie dans la parotidite, par Mettenheimer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 4.) — Un cas de parotidite suppurée au cours d'une pneumonie double, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — Myxosarcome encapsulé de la parotide à prolongement pharyngien. Extirpation. Guérison, par L. Dubar. (*Bull. méd. du Nord*, n° 13, p. 309.)

Pathologie. — Études de pathologie et de clinique médicales, par Leudet. (*3 vol. in-8°, Paris.*) — Pathologie pratique et histologie morbide, par Gibbes. (*Philadelphie.*) — Les cinq dernières années du service de clinique de la Pitié, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 11 novembre.) — Toxicité des extraits de tissus normaux, par Roger. (*Soc. de Biol.*, 31 octobre.)

Paupière. — Malformation congénitale des paupières, par COWELL. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom,* XI, p. 214.) — Traitement des granulations de la paupière, par le cantharidate de potasse, par FERNANDEZ. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — Traitement chirurgical des granulations palpébrales, par WEEKS. (*N. York med. Journ.*, 24 octobre.) — Ptosis congénital avec mouvements associés de la paupière prolabée pendant l'action de certains muscles, par J. BLOK. (*Nederlandsch. Tydschrift. voor Geneeskunde*, 8 août.) — Des tumeurs des paupières, par SALZMANN. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — Nouvelle méthode de blépharoplastie destinée à la réparation des pertes de substance consécutives à l'ablation d'une tumeur ayant occupé toute la paupière, par WICHERKIEWICZ. (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, janv.) — Hétéroplastie dermique des paupières, par PANAS. (*Bull. Acad. de Méd.*, 21 juillet.)

Peau. — Voies et circulation lymphatiques de la peau, par KROMAYER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 9.) — De la présence du pigment dans l'épiderme, par HALPERN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 6.) — Le pouvoir d'absorption de la peau intacte, par YAVEIN. (*Vratch*, 1er août.) — Traité pratique des maladies de la peau, par PIFFARD. (*In-8°, New-York.*) — Manuel des maladies de la peau, par JAMIESON. (*3e édit., Londres.*) — L'influence spinale sur les dermatoses de nature trophique, par MASSAZZA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXVI, 2.) — Sur une nouvelle variété de trophonévrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes, par HALLOPEAU et LARAT. (*Rev. int. d'électroth.*, octobre.) — Deux cas de dermatite herpétiforme survenus après une grave émotion, par ELLIOT. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Affection curieuse de la peau, par FRANK. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Étude microscopique sur la dermatite chronique plastique, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 5.) — Quelques cas rares de pratique dermatologique : 1° œdème aigu circonscrit; 2° chancres syphilitiques multiples; 3° lymphangiome circonscrit; 4° dermatite gangreneuse des enfants, par G. ELLIOT. (*New York med. record*, 16 mai.) — Des affections cutanées pures ou hybrides déterminées par l'inoculation des agents de suppuration, par H. LELOIR. (*Médecine moderne*, 19 février.) — Dermatite hémostatique, par KLOTZ. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Périfolliculite parasitaire disséminée, par OHMANN-DUMESNIL. (*Monats. f. prakt. Dermat*, XIII, 8.) — Obs. de pigmentation périodique, par NIEMEYER. (*Ibid.*, XIII, 3.) — Sur la tuberculose papillomateuse de la peau, par ARRIVAT. (*Thèse de Montpellier.*) — Épithélioma plexiforme de la peau avec dégénérescence hyaline, par SCHMIDT. (*Beiträge z. path. Anat.*, VIII, 1.) — Préparation et emploi des liniments dans les maladies de la peau, par BULKLEY. (*Therap. Gaz.*, — 15 août.) — L'acide trichloracétique dans quelques maladies de la peau et des muqueuses, par LANZ. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 7.) — Les toxidermies médicamenteuses et leur thérapeutique générale, par ÉLOY. (*Revue gén. de clin.*, n° 39.) — Étude des vernis cutanés, par UNNA. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Étude sur la valeur des savons médicamenteux, par BUZZI. (*Monats. f. prakt. Dermat. Ergänzungsheft*, 2.)

Pellagre. — Examen du suc gastrique et de la réaction électrique des nerfs et des muscles chez quelques pellagreux, par L. RONCORONI. (*Giornale Accad. di med. Torino,* juin, p. 457.)

Pemphigus. — Pemphigus foliacé malin, par MUNRO. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Recherche des microorganismes dans le pemphigus chronique, par DE MICHELE. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 1.) — Du pemphigus, par TAEUFERT. (*Münch. med. Woch.*, p. 589.) — Pemphigus malin,

par Munro et Swarts. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Note sur le pemphigus vegetans, par Nevins Hyde. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Pemphigus des voies aériennes supérieures, par Irsai. (*Int. klin. Rundschau*, 28.) — Pemphigus de la bouche, de la gorge et du larynx, par Mandelstamm. (*Ibid.*, 35.)

Péritoine. — Le bacterium coli communis comme agent habituel des péritonites d'origine herniaire, par Malvoz. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.) — De l'infection péritonéale, par Fraenkel. (*Wiener klin. Woch.*, 13.) — Asepsie dans la chirurgie intrapéritonéale, par Wathen. (*N. York med. Journ.*, 14 novembre.) — Péritonite chronique, par Dunning. (*N. York med. Journ.*, 8 août.) — De la pelvi-péritonite, par Reclus. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Péritonite appendiculaire (pérityphilite), par C. Koch. (*Münch. med. Woch.*, p. 484.) — De la péritonite au point de vue chirurgical, par Price. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er août.) — Curabilité de la péritonite post-opératoire, par L. Jullien. (*La Médecine moderne*, 11 juin, p. 455.) — Cas rare de péritonite purulente guérie à la suite de l'ouverture spontanée à travers la cicatrice ombilicale (enfant de 5 ans), par A. Russo. (*La Riforma medica*, 23 mai.) — Traitement de la péritonite purulente, par Martino. (*Progresso med.*, 10 avril.) — Les résultats de la laparotomie dans la péritonite purulente diffuse, par Krecke. (*Münch. med. Woch.*, p. 572 et 591.) — Péritonite purulente ayant présenté tous les symptômes d'une obstruction intestinale guérie par la laparotomie, par Marchand. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XVI, p. 376.) — Ascite symptomatique de pelvi-péritonite tuberculeuse simulant un kyste de l'ovaire, laparotomie, guérison opératoire, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 11 septembre.) — Du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, par Schwartz. (*Revue gén. de clinique*, 23, p. 355.) — Relevé des cas de tuberculose péritonéale guérie par la laparotomie, par Schmitz. (*St-Petersb. med. Woch.*, 1.) — Traitement de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, par Rispal. (*Thèse de Toulouse.*) — Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. Amélioration considérable, par Terrillon. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XVI, p. 469.) — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, ponction exploratrice, laparotomie, injection de sérum de chien, guérison, par Pinard et Kirmisson. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Pathologie, pronostic et traitement de la tuberculose du péritoine, par Tscherning. (*Biblioth. for Läger.*, 1, p. 41.) — De la tuberculose péritonéale, par Treub. (*Nederl. tijds. v. Geneesk.*, 5.) — Péritonite tuberculeuse, son traitement par la laparotomie, par Elder. (*Provinc. med. Journ.*, 1er juin.) — Hydropisie enkystée du péritoine, fibrome utérin sous-péritonéal, kyste papillaire de l'ovaire droit, papillome du péritoine, opération, mort, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 8 août.) — Des kystes séreux rétro-péritonéaux, par Obalinski. (*Wiener klin. Woch.*, 24 septembre.) — Corps libres du péritoine, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 31 juillet.) — Tumeurs du péritoine, par Harda. (*Annals of surg.*, juillet.) — Tumeur du mésentère, par Terrier. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XVI, p. 367.) — Tumeur kystique renfermant du sang en partie coagulé, pédiculisée sur l'intestin grêle et adhérente au mésentère et à l'épiploon, par Terrier. (*Ibid.*, p. 383.)

Pharmacologie. — Des produits toxiques de la méthémoglobine, par Dittrich. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 3 et 4.) — Action sédative et hypnotique de l'atropine et de la duboisine, par Ostermayer. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 3.) — Effets mydriatiques comparés de l'atropine et de l'homatropine, par Starkey. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 26 septembre.) — Sur la digitaléine, par Houdas. (*Acad. des Sc.*, 9 novembre.) — Action de la

nicotine sur certains invertébrés, par Greenwood. (*The Journal of Physiology*, XI, supplément, p. 573.) — Du maté ou thé du Paraguay, par Collin. (*Journ. de Pharm.*, 15 octobre.) — Sur l'aloès, par Hans Meyer. (*Zeitschrift für Biologie*, X, p. 186.) — Sur les propriétés épileptisantes de l'essence d'hysope, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 26 juillet.) — Étude sur l'action cardiaque du cactus grandiflora, par Boinet et Boy-Tessier. (*Bull. de thér.*, 30 octobre.) — Recherches chimiques et pharmacologiques sur la céphalanthine, par Mohrberg. (*In-8°*, *Dorpat.*) — Les aristoloches, étude de matière médicale, par Planchon. (*Montpellier.*) — De l'aristolochine, par Pohl. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 3 et 4.) — Recherches sur l'œsype, par Ihle. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 10.) — Sur l'inuline de la cynara scolimus et sur son absorption, par Giacosa et Soave. (*Giornale Accad. di Med. Torino*, juin, p. 376.) — Sur la β-méthyl-γ-phénylidantoïne, par G. Cuneo. (*Ibid.*, juillet.) — Sur l'euphorine dans quelques dermatoses et dans les ulcérations vénériennes et syphilitiques, par G. Peroni et R. Bovero (*Ibid.*, juin, p. 305.) — Pharmacologie de la salicylamide, par Nesbitt. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Du sulfaminol, par Wotjaszek. (*Prseglad lekarski*, 32.) — Le pental comme anesthésique, par Hollaender. (*Therap. Monats.*, octobre.) — L'ichthyol, par Égasse. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.) — L'antinervine, par F. de Filippi. (*Riforma medica*, 3 septembre.) — Du crésoliodide, par Petersen. (*Münch. med. Woch.*, p. 519.) — De la thilanine lanoline brune, par Saalfeld. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Expériences sur la valeur bactéricide de l'aristol (nulle), par Heller. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai.) — Etude sur la diurétine, par Pfeffer. (*Cent. f. ges. Therap.*, août.) — Du gallacotophénone, par Rekowski. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Appareil pour préparer l'oxygène médicinal, par Bauman. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Note sur l'action physiologique de l'hydrogène antimonié, par Jolyet et Nabias. (*Journ. méd., Bordeaux*, 16 août.) — Sur l'action des alcalins, par Lapicque. (*Soc. de Biol.*, 31 octobre.) — Sur deux nouveaux iodures, les iodures d'antipyrine, par Duroy. (*Bull. de thérap.*, 30 août.) — Influence de l'iodure de potassium sur les échanges physiologiques, par Pagliari et Picci. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Sur le prétendu antagonisme entre les préparations iodées et salicylées relativement à leur apparition dans l'urine, par Cecchoni. (*Riv. gen. di clin. medica*, 18.) — De l'abus des bromures alcalins, par Liégeois. (*Revue gén. de clinique*, n° 21, p. 322.) — Sur l'accumulation du bromure de potassium dans le cerveau et dans le foie, par Féré et Herbert. (*Soc. de Biol.*, 17 octobre.) — Étude expérimentale de l'action sur l'organisme des sels de strontium. De l'innocuité absolue et relative de cette action, par Laborde. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 juillet.) — Du chlorure de baryum en clinique, par Carpenter. (*Med. News*, 25 juillet.) — Le mercure dans les tissus ; recherches microchimiques, par P. de Michele. (*Riforma med.*, 27 juillet.) — Recherches sur les sulfocyanoplatinates et sur les sulfocyanates de platine, par I. Guareschi. (*Giornale Acad. di Med. Torino*, p. 231, mai.) — De la nature et des causes de l'altération des crayons de nitrate d'argent fondu au contact de diverses semences, par Barillé. (*Arch. de méd. milit.*, août.)

Pharynx. — De l'examen du pharynx nasal, abaisse-langue relève-luette, par Mounier. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — L'anesthésie locale avec l'injection pharyngée de cocaïne, par Boylan. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Un cas de dysphagie probablement d'origine corticale (hystérie traumatique), par Abate. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 4.) — Étude sur les abcès rétro-pharyngiens, par Lafont. (*Thèse de Montpellier.*) — Des

affections de la bourse pharyngée, par Chiari. (*Wiener klin. Woch.*, 1er octobre.) — Les kystes de la voûte du pharynx, par Raulin. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — L'emploi de la pyoctanine comme antiseptique dans les maladies des voies aériennes supérieures, par Lincoln. (*N. York med. Journ.*, 31 octobre.) — Etude de l'hyperplasie de l'anneau lymphatique pharyngé, par Donalies. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 1 et 2.) — Diagnostic des végétations adénoïdes, par Winckler. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Roux. (*Revue gén. de clin.*, 40.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal au point de vue spécial du traitement et des complications, par Niculescu. (*Thèse de Bucharest.*) — De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du 1er âge, par Lubet-Barbon. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — Note sur quelques points spéciaux relatifs au diagnostic et au traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Deschamps. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Des rapports des tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes avec l'otite moyenne purulente chronique, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal, récidives sarcomateuses, mort subite, par Delie. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par Botey. (*Archivos int. de laring.*, II, 11.) — Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx, par Ruault. (*Arch. int. de laring.*, IV, 5.) — Tumeurs du pharynx nasal, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, par Cheatham. (*N. York med. Journ.*, 15 août.) — Fibromyxome du naso-pharynx, enfant de 11 ans, par Binnie. (*Med. News*, 7 novembre.) — Ablation de pharynx par cancer. Mort trois mois plus tard sans récidive, par W. Kœrte. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 448, 4 mai.)

Phonographe. — Du phonographe en médecine et autres sciences, par Mount Bleyer. (*N. York med. record*, 20 juin.)

Physique. — Sur l'enseignement de la physique médicale, par Imbert. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 22 août.)

Pied. — Etude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considéré comme stigmate de dégénérescence, par Féré et Demantké. (*Journ. de l'anat.*, 5.) — Phlegmon diffus du pied. Résection ostéoplastique. Guérison, par Gellé. (*Bullet. Soc. Chir.*, XVII, p. 47.) — Les grandes résections atypiques du pied, par Isler Otto. (*Thèse de Bâle*, 1890.) — Un cas de griffe pied creux, par Dubrueil. (*Rev. d'orthop.*, 5.) — Variétés et traitement du pied plat et du pied valgus, par Phocas. (*Gaz. des Hôp.*, 12 septembre.) — Pied bot congénital, absence du gros orteil, par Chrystie. (*Med. News.*, 31 octobre.) — Double pied bot, double main bote et difformités multiples, par Wirt. (*Med. News*, 7 novembre.) — Des altérations des os dans le pied bot calcanéen congénital, par Messner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Autopsie d'un double pied bot congénital, par Rochard. (*Rev. d'orthop.*, 5.) — Anatomie pathologique du pied bot varus équin congénital, par Sainton. (*Ibid.*) — L'opération de Phelps, par Phocas. (*Gaz. des Hôp.*, 3 novembre.) — De la tarsectomie pour pieds bots varus équins congénitaux, par Adam. (*Thèse de Nancy.*) — Du traitement chirurgical des pieds bots congénitaux, par Charon et Gevaert. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 août.) — Ostéotomie en général, de la tarsectomie dans le pied bot varus équin, par Ewens. (*Brit. med. Journ.*, 17 octobre.) — Deux obs. de pied bot guéri par l'extirpation de l'astragale, par Boursier. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVII, p. 509.) — Sur le traitement du pied plat spasmodique, opération de Phelps; deux cas d'arthrodèse, par M. Motta. (*Gior-*

nale Accad. di Med. Torino, avril, p. 177.) — Pied varus grave, opération de Phelps, par Lo Grasso. (*Sicilia med.*, III, 8.)

Pityriasis. — Pityriasis versicolor, pathogénie, traitement, par de Molènes et Castilhes. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Du pityriasis rubra et de ses rapports avec la tuberculose, par Jadassohn. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 6.)

Placenta. — Anatomie normale et pathologique du placenta, par Ackermann. (*Int. Beit. z w. med. Fets. Virchow,* I.) — La pression atmosphérique dans les rétentions du placenta, par Gavilan. (*Revue gén. de clin.*, 39.) — De l'infarctus blanc du placenta, par Reid et Coats. (*Glasgow med. Journ.*, juin.)

Plaie. — Sur l'influence de la température sur la régénération cellulaire, spécialement dans ses rapports avec la cicatrisation des plaies, par R. Penzo. (*Giornale Accad. di med. Torino*, p. 127, mars.) — Diagnostic des blessures par armes à feu (par ricochets), par Baumgartner. (*Fried. Blaett. für ger. Med.*, 2-3.)

Plèvre. — L'appareil suspenseur de la plèvre, par Sébileau. (*Soc. anat. Paris*, 3 juillet.) — Étiologie des pleurésies, par Loriga et Pensuti. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — De quelques formes de pleurésie, par V. Ziemssen. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Note sur la pleurésie catarrhale, par Marrotte. (*Bull. Acad. de Méd.*, 23 juin.) — Sur la pleurésie sénile, par Saucerotte. (*Thèse de Nancy*.) — De la localisation fréquente des pleurésies circonscrites à la région des omoplates, par S. Cornell. (*New York med. record*, p. 47, 11 avril.) — Déplacement du cœur à droite dans la pleurésie droite, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, 16 septembre.) — Un cas de pleurésie suraiguë bilatérale à exsudat solide, par Bassi. (*Riforma med.*, 137, juin.) — La pleurésie du médiastin, par Grancher. (*Union médicale*, 2 juillet.) — De la pression intrapleurale dans les épanchements pleurétiques, par Rummo. (*Cong. de méd. ital.*, *Semaine méd.*, 28 octobre.) — La preuve de la mobilité des exsudats pleuraux séreux libres, par Gabbi et Biondi. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Diagnostic des petits épanchements pleurétiques, par Arcangeli. (*Bull. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Traitement des épanchements pleurétiques par le salicylate de soude, par Strizovere. (*Med. Obosrenie*, XXXVI, 15.) — Le salicylate de soude dans le traitement des pleurésies séreuses, par Talamon. (*La Médecine moderne*, p. 472, 18 juin.) — Traitement des épanchements séreux de la plèvre, par Déri. (*Pester med. chir. Presse*, 26.) — Trois cas d'empyème pulsatile, par Light. (*Lancet*, 26 septembre.) De l'empyème sous-phrénique, par Nowack. (*Schmidt's Jahrb.*, 10, p. 73.) — Trois cas de pleurésies purulentes consécutives à la broncho-pneumonie, pleurotomie, par Sieur. (*Lyon méd.*, 30 août.) — De la pleurotomie, par Manquat. (*Bull. gén. de thér.*, 15 octobre.) — Technique de l'ouverture thoracique dans l'empyème, par Radulowitsch. (*Vratch*, 23.) — Comment on doit opérer l'empyème, par Isch-Wall. (*La Médecine moderne*, 16 avril.) — Traitement de l'empyème avec le tamponnement à l'iodoforme, par Wagner. (*Wiener klin. Woch.*, 33.) — Exostoses des côtes et absorption osseuse produites par un drain dans un cas d'empyème par Brothers. (*N. York med. Journ.*, 25 juillet.)

Poumon. — Sur l'innervation vaso-motrice des poumons, par Cavazzani. (*Riforma medica*, 3 juin.) — Recherches expérimentales sur la pneumonie, par Foa. (*Cong. de méd. ital* , *Semaine méd.*, 28 octobre.) — Pneumocoque,

méningocoque et streptocoque pneumonique, par P. Foa. (*La Riforma medica*, 17 mars.) — Des inflammations du poumon avec stades intermittents de fièvre, par Gerhardt. (*Int. Beit. z. w. Fets. Virchow*, III.) — La fièvre dans la pneumonie, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 22 août.) — Essai de différenciation de la pneumonie aiguë hyperplasique avec les diverses formes de pneumonie chronique, par Bret. (*Thèse de Lyon.*) — Étude sur la pneumonie fibrineuse, par Tchistovitch. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 7.) — A propos de la pneumonie fibrineuse à foyers disséminés, par R. Massalongo. (*Gazzetta degli ospitali*, n° 23.) — Un cas de pneumonie à résolution tardive, par G. Lo Re. (*Morgagni*, avril.) — Quelques cas anormaux de pneumonie croupale, par G. Arcelaschi (*Ibid.*, juin.) — Sur la nature du processus pneumonique, par P. Foa et T. Carbone. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 251, mai.) — Un cas de pneumonie septique occasionnée chez le nouveau-né par le bacillus enteridis (Gaertner), par O. Lubarsch. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1.) — Un cas de pneumonie typhoïde, par Picot. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, p. 300.) — Pneumonie à rechute, résolution tardive, néphrite, par Arcangeli. (*Boll. Soc. Lancisiana Roma*, X, 3.) — De la pneumonie pendant la grossesse, par Barthélemy. (*Thèse de Toulouse.*) — Trois cas de pyohémie post-pneumonique, par Boehr. (*Deut. milit. Zeit.*, p. 732, 1890.) — De l'immunité contre le diplocoque pneumonique conférée par l'extrait glycériné de poumon hépatisé, par Vassale et Montanari. (*Gaz. d. ospit.*, 19.) — Traitement de la pneumonie, par Balfour. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Traitement de la pneumonie, par Coupland. (*Brit. med. j.*, 26 septembre.) — Le traitement de la pneumonie franche aiguë dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 18 novembre.) — Traitement de la pneumonie par de hautes doses de digitale, par Loewenthal. (*Cent. f. ges. Therap.*, novembre.) — De l'acétate neutre de plomb dans le traitement de la pneumonie, par Marquez. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 octobre.) — De l'inoculation de la péripneumonie et de son antisepsie, par Schuetz. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Pneumothorax spontané et pneumopéricarde, par Lundie. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Deux cas de pyopneumothorax, par Sharples. (*Med. News*, 22 août.) — Diagnostic des grandes cavernes pulmonaires, par Schultze. (*Centralblatt für klin. Med.*, n° 19, p. 345.) — Abcès du poumon, opération, guérison, par Huber. (*Med. News*, 17 octobre.) — La chirurgie du poumon, par Forgue et Reclus. (*Gaz. hebd., Paris,* 12 septembre.)

Prostate. — Prostatite aiguë et abcès prostatique, par Ballon. (*N. York med. Journ.*, 25 juillet.) — Traitement chirurgical des abcès de la prostate, par Zuckerkandl. (*Wiener klin. Woch.*, 9 juillet.) — L'hypertrophie de la prostate et son traitement chirurgical, par Keyes. (*N. York Acad. of med.*, 1er octobre.) — Ponction vésicale hypogastrique avec sonde sus-pubienne à demeure et lavages antiseptiques de la vessie dans deux cas de prostate infranchissable compliqués de fausse route, par Diago. (*Ann. mal. org. gén.-urin.,* octobre.) — Cancer prostato-pelvien, par Troquart. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 août.) — Du cancer de la prostate, par Rigaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Prostatectomie latérale, extirpation totale de la vessie et de la prostate pour cancer de celle-ci, par Kuester. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 476, 11 mai.)

Prurigo. — Prurigo estival de Hutchinson, par Buri. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 5.)

Psoriasis. — Deux cas intéressants pour l'histoire et la pathogénie du psoriasis, par P. Tommasoli. (*Riforma medica*, p. 613, 6 juin.) — Un cas de psoriasis pendant la grossesse guéri par la provocation de l'accouchement

avant terme, par L. Rossi. (*Ibid.*, 25 mai.) — Les sporozoaires, par Cazin. (*Semaine méd.*, 26 août.)

Psorospermose. — Des psorospermies et des maladies cutanées, par Hutchinson. (*Brit. j. of Dermat.*, août.) — Quatre cas de maladie de Darrier, par Boeck. (*Arch. f. Dermat*, XXIII, 6.)

Psychologie. — Les aptitudes et les actes, par Manouvrier. (*Rev. scientif.*, 22 août.) — Recherches psychopathiques sur le sens tactile, par Mendelssohn. (*Soc. de Biol.*, 25 juillet.)

Psychose. — Hallucinations dans les anomalies de caractère primitives, par Cramer. (*Zeitsch. für Psychiatrie*, XLVII.) — Psychose toxique produite par un cosmétique à base de mercure, par Marro. (*Giornale Accad. di med. Torino*, p. 224, mai.)

Ptomaïnes. — Influence de la température et de la lumière sur le développement des ptomaïnes, par Kijanizyn. (*Vratch*, 26.) — De la peptotoxine. Réponse à Brieger, par Salkowski. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 896.) — La peptotoxine. Réponse à Salkowski, par Brieger. (*Ibid.*, 30.)

Puerpéral (État). — La fièvre puerpérale ; nature et traitement, par Byers. (*Dublin Journ. of med. sc.*, mai.) — Prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Veit. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mai.) — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui, par Labadie-Lagrave et Gouget. (*Ann. de gyn.*, oct.) — La transmission de la fièvre puerpérale par les sages-femmes, par Torsellini. (*Riv. d'igiene*, 17.) — Récidives de fièvres intermittentes par traumatisme puerpéral, par Casset. (*Thèse de Paris*, 19 nov.) — Fièvre puerpérale à forme purulente, parotidite double et mammite double suppurées, phlébite double adhésive, guérison, par Capoulade. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 7 nov.) — Septicémie puerpérale, mort par abcès du poumon, par Boquel. (*Soc. anat. Paris*, 8 oct.) — Traitement des accidents puerpéraux, par Massarenti. (*Bull. sc. med. Bologna*, mars.) — Le lavage stomacal dans la fièvre puerpérale, par Swiecicki. (*Przeglad lekarski*, 24 janvier.) — Du curetage précoce dans l'infection puerpérale, envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique, par Charrier. (*Arch. de tocol.*, août, et *Arch. gén. de méd.*, août.) — Du curetage de l'utérus dans la fièvre puerpérale, par H. Fritsch. (*Deut. med. Woch.*, n° 16, p. 553.) — Le curetage de l'utérus et le tamponnement intra-utérin dans l'endométrite puerpérale, par Spinelli. (*Riv. clin. e terap.*, 7.) — Le traitement de la septicémie puerpérale par le curetage, par Porteous. (*N. York med. J.*, 31 oct.)

Purpura. — Le purpura et ses principales formes, par Thibierge. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 nov.) — Un cas de maladie de Werloff? par Z. Zanetti. (*Atti della Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 411). — De deux cas de purpura, par Descroizilles. (*Revue gén. de clinique*, 21, p. 317.) — Cas mortel de purpura hemorragica, par Miller. (*Med. News*, 8 août.)

Q

Quinine. — Les indications de la quinine, par Manquat. (*Lyon méd.*, 25 oct.) — Accidents et morts produits par le sulfate de quinine administré à l'intérieur ou par frictions, par Pispiris. (*Progrès médical*, 15 avril.) — Les quinquinas cultivés, par Gay. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 5 sept.)

R

Rachis. — La courbure dorsale de la colonne vertébrale chez l'homme et chez les animaux, par L. Buscalioni. (*Giornale Accad. di medic. Torino,* mai.) — Sur la morphologie de la nuque, par Chipault et Daleine. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière,* IV, 5.) — Étiologie de la scoliose, par Motta. (*Arch. di ortoped.*, 3.) — La scoliose dans les névralgies sciatiques, par Brunelli. (*Ibid.,* 3 et 4.) — Des scolioses myélopathiques, par Monsarrat. (*Thèse de Paris*, 12 novembre.) — Formes et traitement de la scoliose, par Denucé. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.) — Le dos dans la lésion du rachis par traumatisme de chemin de fer, par Dercum. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Des difficultés du diagnostic du mal de Pott cervical, par Jules Simon. (*Revue gén. de clinique*,24.) — Tuberculose des premières vertèbres cervicales, par Morian. (*Berl. klin. Woch.*, 20 octobre 1890.) — Autopsie d'un mal de Pott, par Hanau. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte,* 1er avril.) — Traction et immobilisation dans le mal de Pott, par Sayre. (*Med. News*, 14 novembre.) — Sur une tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne, par Kiener. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 29 août.) — Chirurgie du rachis, par White. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Fracture de la 12e vertèbre dorsale, lésion des nerfs spinaux et sympathiques agissant sur la région ilio-cæcale, par Eskridge. (*Med. News,* 10 octobre.) — Fracture du rachis, trépanation, guérison en 3 mois, par Weiss. (*Mercredi méd.*, 23 septembre, et *Revue méd.* de l'Est, 15.) — Fracture de la colonne, résection des arcs postérieurs des 5e et 6e cervicales, mort, par Audry. (*Lyon méd.*, 1er novembre.) — Laminectomie pour compression spinale, par Lane. (*London clin. soc.*, 25 octobre.)

Rachitisme. — Genèse infectieuse du rachitisme, par Mircoli. (*Gaz. d. ospit.*, 64.) — Rachitisme et syphilis, par Jaeger. (*Rev. d'orthop.*, 5.) -- Etude du rachitisme, par Schlossmann. (In-8°, 31 p., *Munich.*) — Essai sur l'excrétion de l'acide phosphorique par les urines dans le rachitisme, par Laborde. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.) — Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique, par Bonnaire. (*Gaz. des hôp.*, 7 novembre.) — Traitement opératoire des difformités rachitiques des membres inférieurs, par Motta. (*Arch. di ortoped.*, 3.)

Rage. — Expériences sur l'atténuation du virus fixe rabique, par Babes et Cerchez. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 10.) — Sur la résistance du virus rabique à l'action du froid prolongé, par Jobert. (*Acad. des sc.*, 3 août.) — De la localisation du virus de la rage dans l'organisme, par Wyssokowicz. (*Cent. f. Bakter.*, X, 2.) — Le sérum du sang des animaux vaccinés contre la rage dans l'immunité et la guérison de cette maladie, par G. Tizzoni et R. Schwarz. (*Riforma medica*, 22 août.) — Sur la manière dont le sérum du sang se comporte en présence du virus rabique ; contribution à l'étude du pouvoir microbicide dans l'organisme sain, par E. Evangelista. (*Ibid.*, 23 septembre.) — Quelques points litigieux de la rage humaine, par Ricochon. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 septembre.) — Notes sur la rage en Indo-Chine et les vaccinations antirabiques pratiquées à Saïgon du 15 avril au 1er août 1891, par Calmette. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Notes sur la rage en Indo-Chine, par Calmette. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 10.) — Statistique de l'Institut antirabique de Turin, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Ibid.*) — Statistique de l'Ins-

titut antirabique de Palerme, par DE BLASI et RUSSO-TRAVALLI. (*Ibid.*) — Statistique de l'Institut Pasteur de Charkow, par WYSSOKOWICZ. (*Ibid.*) — Statistique générale de l'Institut antirabique municipal de Turin (1886 à 1891), par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Riforma medica*, 25 août.) — Résultats statistiques des vaccinations prophylactiques faites à l'Institut antirabique de Palerme, par L. DE BLASI et R. TRAVALLI. (*Ibid.*, 5 octobre.)

Rate. — Recherches sur la rate, par BANNWARTH. (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, XXXVIII, 3.) — Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses, par A. CESARIS-DEMEL. (*La Riforma medica*, p. 40, 9 juillet.) — Lymphangiome multiple de la rate, par BARBACCI. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Rupture spontanée de la rate, par CIMBALI. (*Boll. Soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — La splénectomie et l'hémophilie leucémique, par FOLET. (*Bull. méd. du Nord,* 11, p. 261.)

Rectum. — Recherches anatomiques anciennes sur le rectum, par BODENHAMER. (*N. York med. journ.*, 31 octobre.) — De la puissance de résorption du rectum, par OLSCHANETZKY. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 69.) — Rectite dysentériforme par ingestions d'akènes d'hélianthe, par GŒRNE. (*Berl. klin. Woch.*, 12 janvier.) — Étude anatomique d'un prolapsus du rectum, par DURET et VALLIN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 2 octobre.) — Fibromyôme intrapéritonéal du rectum pesant 12 livres, laparotomie, guérison, par SENN. (*Weekly med. Rev.*, 21 mars.) — Opérations sur le rectum ; observations cliniques et recherches expérimentales, par A. CECI. (*Riforma medica*, 18 septembre.) — Du traitement chirurgical du cancer du rectum, par LABORDÈRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum, par VAN HOOK. (*Americ. journ. of obst.*, septembre.) — Opération du carcinome du rectum par la méthode de Kraske, par POISSON. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 397.) — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée, par RICHELOT. (*Ibid.*, XVII, p. 125.)

Réflexe. — Le tendon rotulien n'est pas le point de départ du réflexe du genou, par HERZEN. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, p. 437.) — Études graphiques sur les réflexes tendineux, par BECHTEREW. (*Wratch*, 16.) — Les réflexes virils et autres réflexes, par HUGHES. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 7 novembre.) — L'électro-physiologie des réflexes, par JACOBY. (*N. York med. journ.*, 31 octobre.)

Rein. — Étude physico-chimique de la fonction du rein, par CHATRIÉ. (*Acad. des sc.*, 2 novembre.) — Anatomie normale et pathologique de la glandule carotique et des capsules surrénales, par MARCHAND. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, I.) — Absence complète d'un rein, par BITOT. (*Journ. de méd Bordeaux*, 5 juillet.) — Kyste du rein dans un rein congénitalement déplacé, par POIRIER. (*Soc. anat. Paris*, 24 juillet.) — Action du chloral sur les reins, par A. CAVAZZANI. (*Riforma medica*, 5 août.) — La polyurie nerveuse, par RÉMOND. (*Languedoc méd.* nov.,), — Des névralgies rénales, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, août.) — Des maladies du rein communément appelées mal de Bright, par DELAFIELD. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Sur l'étiologie des néphrites, par VIGNEROT. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Sur les échanges dans les maladies du rein, par NOORDEN et RITTER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, supplém.) — Symptômes prodromiques et du début de la maladie de Bright, par WITHINGTON. (*Boston med. j.*, 10 septembre.) — Sur les troubles circulatoires dans la néphrite chronique, par VALENTI. (*Riv. clin. e terap.*, 7.) — Pyélo-néphrite infectieuse primitive chez le bœuf, par BOLLINGER. (*Münch. med. Woch.*, p. 483.) — Ictère

hématique par hémoglobinhémie dans le cours d'une fièvre de surmenage chez un homme atteint de néphrite interstitielle, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juillet.) — Contribution à l'étude des néphrites dans leurs relations avec les traumatismes de la région du rein, par ODIN. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Diagnostic et traitement médical des pyélites, par A. ROBIN. (*La Médecine moderne*, 14 mai et 4 juin.) — Traitement hygiénique du mal de Bright, par CHÉRON. (*Union médicale*, 23 juin.) — La tuberculose des voies urinaires et des reins, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 11 novembre.) — Rétrécissement inflammatoire des uretères, par WATSON. *Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Contributions à la chirurgie du rein, par ANGERER. (*Münch. med. Woch.*, p. 467 et 490.) — De l'anurie calculeuse au point de vue chirurgical, par LEGUEU. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — D'une opération qui permet de découvrir la dernière portion de l'uretère, par DELBET. (*Soc. anat. Paris*, 24 juillet.) — Trois cas d'anurie calculeuse suivis d'une analyse de huit opérations d'uretérotomie, par POUSSON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — Rein flottant et polykystique, par POZZI. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 281.) — Formes cliniques et diagnostic du rein mobile, par TUFFIER. (*Semaine méd.*, 16 septembre.) — Rein mobile, néphrorraphie. Pyonéphrose intermittente, néphrectomie, par QUÉNU. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 533.) — De l'hydronéphrose intermittente, par TERRIER et BAUDOUIN. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Rétentions rénales, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, septembre.) — Rétention rénale aseptique intermittente, hydronéphrose, guérison par malaxation et fixation orthopédique, par GUYON. (*Ibid.*) — Hydronéphrose. Extirpation, guérison, par W. KOERTE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai.) — Pyélite calculeuse, pyélotomie, par TROQUART. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 août.) — Résection partielle du rein dans un cas de pyonéphrose, par WAITZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 498.) — Pyélo-néphrite suppurée avec phénomènes de cystite douloureuse rebelle. Néphrectomie sous-capsulaire. Guérison, par MONOD. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 208.) — Résection partielle du rein, par BARDENHEUER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Trois cas d'ablation partielle du rein, par BARDENHEUER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 mai.) — Sur la taille du rein, par LAMBOTTE. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 août.) — Néphrectomie pour plaie du rein, par GAGE. (*Boston med. j.*, 30 juillet.) Contribution à l'étude des tumeurs primitives du rein, par O. BARBACCI. (*Morgagni*, août.) — Cancer du rein droit. Néphrectomie lombaire, guérison, par VILLENEUVE. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 221.) — Sur la néphrectomie pour les tumeurs du rein, par QUÉNU. (*Ibid.*, p. 234.) — Épithélioma volumineux du rein gauche. Ablation par la voie abdominale. Guérison complète depuis vingt-huit mois, par TERRILLON. (*Ibid.*, XVI, p. 431.)

Résection. — Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par OLLIER. (Tome III, 1036 p., Paris.) — Deux cas d'ablation de l'omoplate, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 8 novembre.) — Résection de l'omoplate, par PUTTI. (*Riforma medica*, 1er mai.) — Sur un cas de résection hâtive, précoce, de toute la diaphyse humérale pour panostéomyélite aiguë grave, par LANCIAL. (*Journ. sc. méd. Lille*, 21 août.) — La résection du coude chez l'enfant, par PHOCAS. (*Semaine méd.*, 9 septembre.) — Résection de la hanche au bistouri pour une luxation ancienne de la hanche ; résection du genou gauche pour ankylose angulaire, par BUSACHI. (*La Riforma medica*, p. 193, 24 juillet.) — Deux résections de la hanche, par Eg. HOFFMANN. (*Soc. méd. de Greifswald*, 7 mars.) — Résection du genou, par BERGER. (*Bullet. Soc. chir.*, XVI, p. 808.) — Nouvelle indication de la résection ostéoplastique du pied par le procédé de Mikulicz, par KOHLHAAS. (*Beit. zur klin. Chir.*,

VIII, 1.) — Tarsectomie et opération de Phelps, par Guelliot. (*Union méd. Nord-Est*, 6, p. 174.)

Respiration. — Encore sur l'influence de l'activité musculaire sur la respiration, par Zuntz et Geppert. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 444.) — Théories de la respiration, par Meltzer. (*N. York med. journ.*, 8 août.) Cause du murmure vésiculaire, par Edlefsen. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er juin.) — De la non-existence de poison organique dans l'air expiré, par Haldane et L. Smith. (*The Journal of physiology*, XI, p. 509.) — Du rôle des matières animales dans la nocivité de l'air expiré, par Margouty. (*Thèse de Bordeaux.*) — Méthode pour la recherche de l'acétone dans l'air expiré, par Reale. (*La Riforma medica*, 25 avril.) — Des articulations sterno-costales et du type respiratoire, par Tschaussow. (*Anat. Anzeiger*, VI, 18.) — Un oxianthracomètre clinique, par Cavallero et Riva-Rocci. (*Lyon méd.*, 18 octobre.) — Un cas de respiration de Cheyne-Stokes dans le cours d'une affection cardiaque, par Boyd. (*Dublin j. of med. sc.*, juillet.)

Rétine. — Les éléments nerveux de la rétine, par Dogiel. (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, XXXVIII, 3.) — Relation entre les oscillations rétiniennes et certains phénomènes entoptiques, par Charpentier. (*Acad. des sc.*, 27 juillet.) — Expérience de Lecat et production d'ombres colorées sur la rétine, par G. Wallenberg. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 537.) — De la dialyse traumatique et de l'involution secondaire de la rétine, par Scheffels. (*Arch. of opht.*, XX, 3.) — Faits histologiques relatifs à l'anémie temporaire de la rétine, par Baquis. (*Ann. di ottalmol.*, XX, 3.) — Forme particulière de pigmentation rétinienne, par Stephenson. (*Trans. opht. soc. Unit. Kingdom*, XI, p. 77.) — Hémorragie et exsudation dans la rétine ; altérations des veines rétiniennes dues probablement à la thrombose, par Lawford. (*Ibid.*) — Rétinite albuminurique et grossesse, par van Fleet. (*N. York med. journ.*, 26 septembre.) — Rétinite diabétique, par Friedenwald. (*Arch. of ophtalm.*, XX, 4.) — Un cas de neuro-rétinite bilatérale guérie par l'électricité, par Norsa. (*Boll. soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Guérison d'une embolie de l'artère centrale de la rétine par le massage de l'œil, par R. Fischer. (*Deutsche med. Woch.*, p. 754, n° 23.) — Embolie partielle de la rétine, par Perles. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, août.) — Traitement opératoire du décollement de la rétine, par Hirschberg. (*Ibid.*, octobre.) — Altération de la rétine chez la grenouille après la résection du nerf optique, par Colucci. (*Giorn. Assoc. napolet.*, II, 3.)

Rhumatisme. — Des rapports entre la diathèse arthritique et la tuberculose pulmonaire, par Sokolowski. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 novembre 1890.) — Sur la cause de la diathèse rhumatismale, par Leroux. (*Acad. des sc.*, 19 octobre.) — Rhumatisme et chorée, par Pagliano. (*Marseille médical*, 6, p. 329.) — De l'étiologie du rhumatisme aigu, par Prinzing. (*Med. Corresp. d. Würtemb. Aerzt.*, 21.) — Examen bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, mort de rhumatisme cérébral, par Achalme. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Acétonémie cérébrale dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, par Talamon. (*La Médecine moderne*, 2 avril.) — Hyperpyrexie dans le rhumatisme aigu, traitement par le bain froid, par Robertson. (*Lancet*, 24 octobre.) — Hyperpyrexie dans le rhumatisme aigu; bains froids, par Frodsham et Steedman. (*Lancet*, 31 octobre.)

Rougeole. — Sur la contagion de la rougeole, par Mercier. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 octobre.)

Rubéole. — La rubéole, par Leflaive. (*Bull. méd.*, 14 octobre.) — Quelques cas de rubéole, par Perrin. (*Marseille médical*, 7, p. 408.)

S

Salive. — La salive humaine et les micro-organismes pathogènes de la cavité buccale, par SANARELLI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.) — Calcul du canal de Wharton, par TUFFIER. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 304.)

Sang. — Le développement du sang dans le foie embryonnaire, par VAN DER STRICHT. (*Arch. de biol.*, XI, 1.) — Division mitotique des érythroblastes et des leucoblastes à l'intérieur du foie embryonnaire des mammifères, par VAN DER STRICHT. (*Anat. Anzeiger*, VI, 20.) — De plaquettes du sang, par BIZZOZERO. (*Int. Beit. z. w. med. Fetsch. Virchow*, I.) — De la formation des éléments du sang, par FOA. (*Ibid.*) — Etude micro-spectroscopique du sang, par HÉNOCQUE. (*Soc. de biol.*, 17 oct.) — De l'hémochromoscope, par RINDFLEISCH. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Influence de la lumière solaire sur la contraction des protoplasmes sanguins, par ŒHL. (*Bull. acad. méd. Belgique*, 6, p. 404.) — Des variations de la capacité respiratoire du sang, applications thérapeutiques, par PEYRON. (*Thèse de Paris*, 26 nov.) — Nouvelle méthode pour déterminer la quantité de sang d'un animal vivant, par COPEMAN et SHERRINGTON. (*The Journal of physiol.*, XI, 400.) — Sur l'appareil servant au dosage de l'oxygène dans le sang, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — De l'action des sels de chaux sur la coagulation du sang, par PEKELHARING. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, I.) — Théorie de la coagulation du sang et de la coagulation du lait, de FICK, par P. WALTHER. (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 529.) — Sur la constitution morphologique des cristaux d'hémine, par OTTOLENGHI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin, p. 351.) — Sur la multiplication et la constitution des globules blancs, par LOWIT. (*Atti Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 111.) — Sur une nouvelle substance albuminoïde du sérum sanguin chez l'homme, par CHABRIÉ. (*Acad. des sc.*, 26 oct.) — Les processus de sanguification étudiés au moyen de la pyrodine, par MAZZONI. (*Bull. sc. med. Bologne*, juillet.) — De la nécrobiose lente des globules rouges à l'état normal et pathologique, sa valeur séméiologique et clinique, par MARAGLIANO et CASTELLINO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 4.) — Du rôle du sang dans la genèse des productions inflammatoires, par OBRZUT. (*Languedoc méd.*, 13 nov.) — Innocuité de l'injection dans le sang d'extraits liquides du pancréas, du foie, du cerveau et de quelques autres organes, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 24 oct.) — Sur le pouvoir globulicide du sérum sanguin, par DAREMBERG. (*Acad. des sc.*, 19 oct.) — Sur le pouvoir destructeur de sérum sanguin pour les globules rouges, par DAREMBERG. (*Soc. de biol.*, 24 oct.) — Sur la substance bactéricide du sang décrite par Ogata, par PETERMANN. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 8.) — Toxicité des albumines du sérum sanguin, par RUMMO. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 28 oct.) — De la toxicité du sérum sanguin chez l'homme et les animaux à l'état normal et dans les maladies infectieuses, par RUMMO. (*Wiener med. Woch.*, 9 mai.) — Recherches sur la propriété bactéricide du sang dans divers états de l'organisme, par S. BAKUNIN et G. BOCCARDI. (*Riforma medica*, 19 août.) — Du pouvoir bactéricide du sang, par DE GIAXA et GUARNIERI. (*Annal. de microg.*, n° 10.) — Sur les propriétés bactéricides du sang de rat, par METCHNIKOFF et ROUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 8.) — Sur les substances microbiennes du sérum et des organes d'animaux à sang chaud, par de CHRISTMAS. (*Ibid.*) —

Action du sérum de sang pathologique sur les globules rouges physiologiques, par Castellino. (*Gaz. d. ospitali*, 22.) — Altération du sang dans l'infection typhique, par le même. (*Ibid.*, 20.) — Altération du sang dans le rhumatisme aigu, par le même. (*Ibid.*, 22); dans la tuberculose, dans l'infection pneumonique, par le même. (*Ibid.*, 25, 26.) — Quelques particularités des globules blancs du sang, par Castellino et Accame. (*Riforma medica*, 25 juillet, p. 205.) — L'hématopoièse splénique dans la destruction globulaire par la pyrodine, par G. Mya. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mai, p. 193.) — Deux nouveaux cas de leucocytose apparente, par Castellino. (*Riforma medica*, 25 juillet, p. 207.) — Sur la régénération globulaire dans l'olighémie produite par l'acétylphénilhydrazine, par G. Mya. (*Riforma medica*, 28 avril.) — Recherches sur le sérum du sang, par E. Maragliano. *Ibid.*, 2 avril.) — Le ferment glycolytique du sang et la pathogénèse du diabète sucré, par L. Sansoni. (*Ibid.*, 16 feuillet.) — Action des cellules de la rate sur l'hémoglobine, par Höhlein. (Broch. *Dorpat*.) — Contribution à l'étude de la méthémoglobine, par Jolyet et de Nabias. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 avril.) — Sur la méthémoglobine dérivée de l'hémoglobine oxycarbonée, par Bertins-Sans et Moitessier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 15 août.) — Sur les prétendues vaccinations par le sang, par Bouchard. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Des parasites des corpuscules rouges du sang, par Celli et Marchiafava. (*Ibid.*, III.) — Sur les hématozoaires de la grenouille, par Labbé. (*Acad. des sc.*, 12 oct.) — Recherches expérimentales sur la régénération des globules sanguins dans les ganglions lymphatiques, par Gruenberg. (In-8°, *Dorpat.*) — Recherches expérimentales sur la question de la régénération sanguine, par Poletti. (*Atti della Accad. fisiocrit. Siena*, 5 et 6.) — Contribution à l'étude médico-légale du sang, par A. Corona. (*Giornale Accad. di med. Torino*, avril, p. 136.) — De la saignée, par Manquat. (*Bull. de thérap.*, 30 oct.)

Sarcome. — Sarcome hématique de la cuisse, par Le Dentu. (*La médecine moderne*, 19 mars.)

Saturnisme. — Un cas de colique de plomb, un mot sur les intoxications saturnines alimentaires, par Espagne. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 3 oct.) — Ulcération de la bouche comme signe d'empoisonnement saturnin, par Stedman. (*Lancet*, 26 sept.) — Paralysie saturnine, par Webber. (*Boston med. Journ.*, 29 oct.) — Sur les paralysies saturnines, par Preobragensky. (*Med. Obozrenié*, XXXV, 12.) — Psychoses dans un cas de saturnisme, par Mayer. (*Jahrb. f. Psych.*, X, 1.)

Scarlatine. — De la scarlatine, par Thomas. (*Wiener med. Woch.*, 29 août.) — L'origine microbienne de la scarlatine, par Barbour. (*N. York med. Journ.*, 14 nov.) — De la rechute ou de la recrudescence dans la scarlatine, par Boddie. (*Edinb. med. Journ.*, oct.) — L'état de la langue dans la scarlatine, par Neumann. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 379.) — Le mal de Bright épidémique et la scarlatine à Oyonnax et dans les environs, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 10 oct.) — Deux cas de scarlatine compliquée de troubles mentaux, par Rouillard. (*Soc. méd. psych.*, 29 juin.) — Méthode pour accélérer la desquamation dans la scarlatine, par Jamieson. (*Lancet*, 12 sept.)

Sclérodermie. — Trois obs. de sclérodermie en plaques limitée au front et au cuir chevelu, par Brault. (*Annales de dermat.*, II, 10.)

Sclérotique. — Deux cas de sclériase, par Pepper. (*Americ. j. of med. sc.*,

mai.) — Rupture traumatique de la sclérotique dans la moitié antérieure du bulbe, par SACHS. (*Arch. of opht.*, XX, 4.)

Scorbut. — Scorbut mortel chez un aliéné, par VON SPEYR. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 mai.)

Septicémie. — Etude de septicémie, par NEUMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, Supplém.) — Etude de l'infection générale pyosepticémique, par KARLINSKI. (*Prager med. Woch.*, 20.) — Spirochæta anserina et la septicémie des oies, par SAKHAROFF. (*Annal. Inst. Pasteur*, V, 9.)

Sommeil. — Du sommeil chez l'enfant au point de vue physiologique, par CZERNY. (*Jahrb. f. Kind.*, XXXIII, 1 et 2.) — De la maladie du sommeil des nègres et du sommeil naturel, par MAUTHNER. (*Soc. de méd. de Vienne,* 29 mai.)

Spina-bifida. — Spina-bifida, par HARRIS. (*Med. News.*, 24 oct.) — Sur un cas de spina-bifida occulta, par SAINTON. (*Rev. d'orthop.*, 1er nov.) — Traitement du spina-bifida, par HURD. (*Med. News*, 8 août.) — Excision d'un volumineux spina-bifida, par CLUTTON. (*Lancet*, 10 oct.) — Un cas de spina-bifida guéri par une opération, par C. KOCH. (*Münch. med. Woch.*, p. 516.)

Strabisme. — Considérations générales sur le strabisme; l'innervation de convergence, par PARINAUD. (*Ann. d'oculist.*, sept.) — Etiologie du strabisme convergent, par PARINAUD. (*Ibid.*, oct.) — Cinquante cas de strabisme, avancement du muscle droit, par BRONNER. (*Tran. opht. soc. unit. Kingd.*, XI, p. 143.) — De l'avancement capsulaire dans le traitement du strabisme, par FAGE. (*Gaz. méd. Picardie*, sept.) — Modification du procédé ordinaire d'avancement du tendon du muscle droit, par ROBERTSON. (*Brit. med. Journ.*, 29 août.)

Sucre. — De la formation du sucre dans l'organisme sous l'influence du défaut d'oxygène, par DASTRE. (*Soc. de biol.,* 17 oct.)

Sueur. — Des hydrozymases et de l'albumine dans la sueur de l'homme et des animaux, par GAUBE. (*Soc. de biol.,* 31 oct.) — Sueur unilatérale de la face, par COLMAN. (*Hunterian soc.*, 11 nov.) — Le sulfonal contre les sueurs des phtisiques, par EREDE. (*Riforma medica*, 22 mai, p. 471.)

Suppuration. — De la suppuration, par LEMIÈRE. (*Thèse de Paris,* 19 nov.)

Surdi-mutité. — La surdi-mutité et sa curabilité, par VERDOS Y MAURI. (*Barcelone.*)

Syphilis. — Compte rendu de la clinique dermo-syphiligraphique de Palerme, par MARIANELLI. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 1.) — Etude de la syphilis avant C. Colomb en Amérique, par NEVINS-HYDE. (*Americ. j. of. med. sc.*, août.) — La syphilis avant Colomb, par ASHMEAD. (*Med. News*, 31 oct.) — Nouvelle statistique officielle sur la syphilis en Russie, par HERZENSTEIN. (*Meditzina*, p. 149.) — Une pièce au dossier de la réinfection syphilitique, par DIDAY. (*Ann. de dermat.*, II, 8 et 9.) — Un cas de réinfection syphilitique, par SAALFELD. (*Berlin. klin. Wochens.,* 18 mai.) — L'immunité de la mère dans la syphilis hérédo-paternelle, par DIDAY et BOUCHARD. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Facteurs de la gravité de la syphilis et paludisme, par GEMY. (*Bull. méd.*, 4 oct.) — Infection combinée, syphilis et tuberculose, par BOWEN. (*Boston med. Journ.*, 29 oct.) — Syphilis héréditaire tardive, par MORISON. (*Med. News*, 3 oct.) — De la syphilis tardive, particulièrement la syphylis héréditaire, par POST. (*Boston med. Journ.*,

15 oct.) — Chancre induré de la paupière, par BADAL. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 mars.) — Vingt cas de chancres extra-génitaux, par MOLFESE. (*Ufficiale san. Naples*, p. 193, 1890.) — Coexistence d'un chancre syphilitique de la lèvre supérieure avec des chancres mous de la verge, par MESSAROCH. (*Med. Obozr.*, XXXVI, 17.) — Du syphilome chirurgical et de son diagnostic, par KAREWSKI. (*Berliner Klinik*, 18.) — Des colorations de la peau dans l'exanthème syphilitique secondaire, par EHRMANN. (*Wiener med. Blätt.*, 19 nov.) — De la roséole syphilitique, par FOURNIER. (*France méd.*, 13, p. 195.) — Considérations relatives à la syphilis pigmentaire, par RENAULT. (*Soc. de dermat. Paris*, 23 juillet, et *Semaine méd.*, 29 juillet.) — Hystéro-syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 nov.) — Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, par ANGLADE. (*Thèse de Paris*, 26 nov.) — L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, par D'ASTROS. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, nov.) — Obs. de syphilis cérébrale, par LIOUBARSKY. (*Med. Obosr.*, XXXVI, 17.) — Syphilis cérébro-spinale, par SACHS. (*N. York med. Journ.*, 19 sept.) — De l'épilepsie corticale d'origine syphilitique congénitale, par FISCHL. (*Zeit. f. Heilk.*, XI, 4.) — Paraplégie syphilitique, par WILLIAMSON. (*Med. chronicle*, juillet.) — Myocardite syphilitique, par NEKAM. (*Soc. cong. des méd. Buda-Pesth*, 31 oct.) — Un cas d'endartérite syphilitique généralisée, par KAUDERS. (*Wiener klin. Wochens.*, 15 oct.) — Pleurésie du stade roséolique de la syphilis, par CHANTEMESSE. (*Bull. méd.*, 19 août.) — Syphilis héréditaire tardive, gomme de la bande ventriculaire droite, sténose glottique, ulcération pharyngienne, par BEAUSOLEIL. (*Ann. policlin. Bordeaux*, 5.) — Adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique, par ARTIGALAS. (*Languedoc méd.*, 6 nov.) — La syphilis de l'oreille externe, par RUPP. (*Journ. of cutan. dis.*, oct.) — De la syphilis de l'estomac, par CHIARI. (*Int. Beit. z. w. med. Fets.*, *Virchow*, II.) — Du foie hérédo-syphilitique, par HUDELO. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 août.) — Des myopathies syphilitiques, par PROST. (*Thèse de Paris*, 25 nov.) — Spondylite syphilitique chez l'enfant, par RIDLON. (*Med. News*, 17 oct.) — Un cas d'artrophytisme d'origine syphilitique, par RASCH. (*Ann. de dermat.*, II, 8 et 9.) — Hygroma syphilitique de la bourse du psoas iliaque, par COUTEAUD. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 sept.) — Nécrose syphilitique des temporaux, par MAXIMOVISCH. (*Med. Obosr.*, XXXVI, 17.) — Un cas d'épididymite syphilitique tardive, par THOMAS. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Sur les suites de couches des syphilitiques, par COUSIN. (*Thèse de Bordeaux.*) — La syphilis n'est ni constitutionnelle ni héréditaire, traitement par la méthode rationnelle, par HERMANN, trad. de Chevalier. (In-8°, *Paris.*) — Remarques sur la conduite que doit tenir le médecin en présence d'un jeune enfant atteint de syphilis, par DEPASSE. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Progrès récents dans le traitement de la syphilis, par SZADEK. (*Med. News*, 15 août.) — La prophylaxie de la syphilis en rapport avec l'hygiène préventive, par BLESSICH. (*Giorn. int. d. sc. med.*, 7.) — De l'hygiène des syphilitiques, par A. RENAULT. (*Rev. gén. de clinique et de thérap.*, n°s 20, 21, p. 310, 325.) — Sur le traitement de la syphilis, par CORLETT. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 31 oct.) — Du traitement de la syphilis. Discussion de la Société des médecins du canton de Zurich. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Le traitement abortif de la syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.* 24 sept.) — Diagnostic, traitement précoce de la syphilis, par DEMBITZ. (*Med. News*, 29 août.) — Traitement de la syphilis par les bains électriques, par KRONFELD. (*Wiener med. Wochens.*, 25 juillet.) — Emploi local de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par HERYNG. (*Therap. Monats.*, août.) — De l'emploi local de l'acide chromique dans le traitement des manifestations syphilitiques buccales, par FEIBE. (*Therap. Monats.*, nov.) — De l'excision du chancre syphilitique, par

Brandes. (*Thèse de Paris*, 11 nov.)—Excision du chancre syphilitique, par Humbert. (*Soc. de dermat. Paris,* 23 juillet.) — De l'excision du chancre syphilitique, par E. Wickham.(*La Médecine moderne*, 5 mars.) — L'emploi du calomel par la voie endermique dans le traitement de la syphilis, par A. Ruata et R. Bovero. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mai, p. 262.)— Injection de formamide d'hydrargyre dans la syphilis, par Morison. (*Med. News,* 24 oct.) — Emploi de l'oxyde jaune de mercure dans la syphilis, par Van Haren Noman. (*Weekbl. v. Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.* 16.) — L'acétate de thymol mercurique dans la syphilis, par M. Migneco. (*Riforma medica,* 22 mai, p. 115.) — Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de salicylate de mercure, par Eich. (*Therap. Monats.*, août.)

T

Tænia. — De deux cas de tænia chez de très jeunes enfants, par Descroizilles. (*Mercredi méd.*, 26 août.) — Sur un cas de tænia nana observé pour la première fois dans le Piémont, par E. Perroncito. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 285.) — Les Abyssins et le tænia mediocanellata, par E. Perroncito. (*Ibid.*, avril, p. 142.) — Un cas de tænia inermis fenestrata, par Maggiora. (*Cent. f. Bakter.*, X, 5.)

Taille. — La taille dans la station et dans le décubitus dorsal, par Féré. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.)

Teigne. — Les teignes chez l'enfant, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 1er octobre.) — Traitement de l'alopécie areata, par Morrow. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Etiologie du sycosis, par Fabry. (*Deutsche med. Woch.*, nº 32, p. 976.) — 31 cas de teigne traités avec succès par le sublimé, le kerosène et l'iodine, par Kerley. (*N. York med. Journ.*, 10 octobre.)

Température. — De l'influence de la température extérieure sur la production de chaleur chez les animaux à sang chaud. Recherches de calorimétrie, par Ansiaux. (*Arch. de biol.*, XI, 1.) — Contribution à l'étude de l'influence de la température sur le développement des animaux supérieurs, par R. Penzo. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 349.) — Température excessive chez un enfant de 15 mois; fièvre intermittente, par Van Dyke. (*N. York med. Record,* 9 mai.) — Thermomètre trocart pour étudier la température centrale du bubon chancrelleux, par Arnozan et Bergonié. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 août.)

Tendon. — Plaie de la paume de la main avec section des fléchisseurs; sutures tendineuses à distance et suture des gaines, par J.-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 334.) — De l'arrachement souscutané des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette, par Schwartz. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVII, p. 95.) — Contracture en flexion des doigts consécutive à la déviation des tendons extenseurs, par Krukenberg. (*Soc. méd. de Hambourg*, 17 février.) — Transplantation de tendons du chien à l'homme, par Busachi. (*La Riforma medica*, 1er juillet, p. 853.) — Sur la suture secondaire des tendons, par T. Busachi. (*Ibid.*, 2 septembre.)

Testicule. — Les idées nouvelles sur la formation des spermatozoïdes, par Prenant. (*Rev. des sc. pures*, 23 oct.) — Structure de la tête des spermato-

zoïdes des mammifères, par G. Ballowitz. (*Centralblatt für Physiologie*, V, p. 65.) — Considérations pathogéniques sur l'hémospermie d'origine non inflammatoire, par Jamin. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, novembre.) — De la spermato-cystite, inflammation des vésicules séminales, par Lloyd. (*Lancet*, 31 octobre.) — De l'orchite par effort, par Castex. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, août.) — Sur un cas de calculs du scrotum, par V. Caprara. (*Riforma medica*, 4 septembre.) — Revue sur le traitement du varicocèle, par Lydston. (*Times and register*, 18.) — De la cure radicale de l'hydrocèle par incision et résection totale ou partielle de la tunique vaginale, par Foix. (*Thèse de Montpellier.*) — Hydrocèle congénitale. Pathogénie et variétés rares de cette hydrocèle, par Phocas. (*Bull. méd.*, 2 septembre.) — De l'hydrocèle congénitale, par François. (*Thèse de Lille.*) — Des kystes du canal déférent, par Englisch. (*Wiener klin. Woch.*, 25.) — Tuberculose de la tunique vaginale, suite de tuberculose du testicule, par Pitts. (*London path. Soc.*, 20 octobre.) — De l'ectopie testiculaire, par Pollak. (*Prager med. Woch.*, 41.) — Cure chirurgicale d'une ectopie abdominale du testicule, par Guelliot. (*Rev. de chir.*, août.) — Sur le traitement de l'ectopie testiculaire, par Richelot. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 274.) — Résultats éloignés de deux cas d'orchidopexie, par Jalaguier. (*Ibid.*, p. 289.)

Tétanie. — Observations de tétanie, par James. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — La tétanie, par Rémond. (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre.)

Tétanos. — Un caractère morphologique du bacille du tétanos, par Schwarz. (*Lo Sperimentale*, 30 septembre.) — Les toiles d'araignées cause de tétanos; recherches médico-légales et bactériologiques, par Tamassia et Fratini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — Sur l'atténuation du bacille du tétanos, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*La Riforma medica*, 21 avril.) — Sur la contagion et l'origine microbienne du tétanos, par Reynier. (*Bullet. Soc. chir.*, XVI, p. 465, 1890.) — De l'immunité expérimentale pour le tétanos, par Tizzoni. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Sur l'antitoxine du tétanos, par Tizzoni et Cattani. (*R. Accad. di Lincei*, 10 mai, et *Cent. f. Bakter.*, X, 2.) — Recherches nouvelles sur l'antitoxine du tétanos, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*La Riforma medica*, 5 juin.) — Sur l'inoculation aux animaux du bacille tétanique dépourvu de toxine, par Vaillard. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Sur la résistance du virus tétanique dans les tissus d'animaux tétaniques conservés dans la glycérine stérilisée, par A. et G. Catterina. (*Morgagni*, septembre.) — La paraldéhyde dans le tétanos expérimental, par Chirone et Fratini. (*La terapia med.*, juillet.) — Tétanos d'origine non infectieuse, par Buss. (*Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890.) — Un cas de tétanos puerpéral, par Heinricius. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 août.) — Tétanos des nouveau-nés, méningite basilaire, par Chapin. (*N. York med. Journ.*, 17 octobre.) — Tétanos des nouveau-nés, par Waddington. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 10 octobre.) — Tétanos traumatique traité et guéri par les injections hypodermiques d'acide phénique, par Gancel et Frache. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Contribution au traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, par A. Pennino. (*Riforma medica*, 9 septembre.)

Thérapeutique. — Flore thérapeutique mexicaine, par Lier. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 9.) — Produits chimiques inorganiques employés comme médicaments, par Gigli. (In-16, *Milan.*) — Nécessité pour le praticien de faire une sélection parmi les médicaments, par Goll. (*Corresp.-Blat. f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Observations sur la thérapeutique rationnelle, par H. Dessau. (*N. York med. Record*, 16 mai.) — La thérapeu-

tique pathogénique, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 18 et 19.) — Insomnies et médicaments hypnotiques, par Liégeois. (*Ibid.*, 17.) — De l'antagonisme des poisons et des moyens curatifs, de l'action combinée des moyens antagonistes, par Stokvis. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — La strychnine comme stimulant respiratoire, par Wood. (*Ibid.*) — Thérapeutique par l'oxygène, nouvelle méthode, par Neumann. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Du papier et de la chaufferette comme remèdes populaires au Japon, par Michaut. (*Bull. de thérap.*, 30 octobre.) Action des sels de cantharidine, par Gruttner. (*Münch. med. Woch.*, p. 488.) — Influence de la digitale sur la respiration, par Zerner. (*Wiener klin. Woch.*, 10 septembre.) — L'emploi de la cocaïne, par Anderson. (*N. York med. Journ.*, 3 octobre.) — La strychnine comme antispasmodique, par Benedikt. (*Wiener med. Woch.*, 26 septembre.) — Etude de la solanine et ses effets dans la cure des tremblements, par Bonamaison. (*Thèse de Montpellier.*) — Cactus grandiflorus dans les maladies du cœur, par Watson. (*Practitioner*, octobre.) — Quelques expériences sur la cascarine ; des dangers de son emploi thérapeutique, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 97.) — De l'action thérapeutique de l'ergotine, par Ellinger. (*Nederlandsch. Tydschrift von geneeskunde*, 4 juillet.) — De l'emploi sous-cutané de l'ergotine, par Driver. (*Therap. Monats.*, septembre.) — L'essence de térébenthine dans la pratique rurale, par Liégeois. (*Revue gén. de clinique*, n° 28, p. 448.) — Valeur de la chloralamide comme sédatif dans les dernières périodes des affections cardiaques, par Patterson. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Le salol, par Egasse. (*Bull. de thér.*, 30 septembre.) — De la valeur du bleu de méthylène comme médicament analgésique, par Dauphant. (*Thèse de Lyon.*) — Trional et tétronal chez les aliénés, par Schultze. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Action analgésique et antirhumatismale de l'euphorine, par Adler. (*Wiener med. Woch.*, 25 avril.) — Des résultats thérapeutiques avec l'europhène, par Nolda. (*Therap. Monats.*, octobre.) — L'europhène, succédané de l'iodoforme, par Goldmann. (*Pharmaceut. Zeit.*, 15 juillet.) — L'emploi thérapeutique de l'aristol, par Lewis. (*N. York med. Record.*, 6 juin.) — Aristol, son emploi en chirurgie, par Wile. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 août.) — De l'ichthyol, par Charles. (*Lancet*, 26 septembre.) — Emploi interne et externe de l'ichthyol, par M... (*Corresp. Blatt f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — L'ichthyol dans la thérapeutique des maladies utéro-ovariennes, par Albertoletti. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p 369.) — Dermatol, succédané de l'iodoforme, par Glaeser. (*Cent. f. Gynaek.* 3 octobre.) — Tolérance extraordinaire pour le salicylate dans un cas de rhumatisme, 85 grammes en 7 jours, par Katzenbach. (*N. York med. Record.*, 29 novembre 1890.) — L'emploi thérapeutique de l'acide borique, nouvelle préparation, par Jaenicke. (*Therap. Monats.*, septembre.)

Thorax. — Thorax en entonnoir acquis, par Eichhorst. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 613.) — D'une malformation spéciale de la poitrine, thorax en entonnoir, par Ramadier et Sérieux. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 5.) — Dépression du thorax des cinq cartilages costaux, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Des tumeurs intrathoraciques, par Polyak. (*Pester med. Chir. Presse*, 21.) — Des tumeurs du médiastin, symptômes et diagnostic, par Steven. (*Glasgow med. Journ.*, juin.) — Kyste dermoïde du médiastin antérieur, par Marfan. (*Soc. anat. Paris*, 31 juillet.) — Abcès du médiastin antérieur, trépanation du sternum, guérison, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 11 septembre.) — Résection des parois thoraciques pour tumeurs, par Titze. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Plaie du thorax par arme à feu, hémothorax non

suppuré, pleurotomie, guérison, par Broca. (*Gaz. hebd. Paris,* 21 novembre.)

Thrombose. — Thromboses des branches de l'artère mésentérique supérieure et infarctus de l'intestin grêle, par Firket et Malvoz. (*Arch. de méd. expér.*, III, 5.) — Oblitération nerveuse spontanée du membre supérieur par Muselier. (*Gaz. méd. Paris*, 11 juillet.)

Thymus. — Sur l'existence dans le thymus de l'homme de cellules éosinophiles, par J. Schaffer. (*Central. für die med. Wissensch.*, nos 22 et 23.) — Contribution à la morphologie du thymus, par F. Capobianco. (*Giornale Assoc. Napolitana di medici,* p. 58.)

Thyroïde. — Contribution à l'histologie normale et pathologique de la glande pituitaire et aux rapports entre la glande pituitaire et la glande thyroïde, par G. Pisenti et G. Viola. (*Atti Accad. med. chirurg. Perugia*, II, p. 103.) — La fonction du corps thyroïde, par Horsley. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, I.) — Suppuration d'un kyste thyroïdien à la suite d'accidents de septicémie puerpérale, par Kirmisson. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 384.) — Un cas de goitre mobile, par Wiesner. (*Munich. med. Woch.*, 37.) — Cancer du corps thyroïde, par Porte. (*Lyon méd.*, 19 juillet.) — Opérations sur la glande thyroïde, par W. Stokes. (*Dublin j. of. med. sc.,* juillet.) — Goitre parenchymateux charnu, énucléation, guérison, par Hache. (*Rev. de chir.*, sept.) — Goitre kystique de volume insolite; extirpation, par Bruns. (*Arch. f. klin Chir.*, XLII, 3.) — Ablation d'un goitre kystique descendant jusqu'au nombril et dépassant comme épaisseur le double du diamètre antéro-postérieur de la poitrine, par Bruns. (*Berlin. klin. Wochen.*, 4 mai.) — Thyroïdectomie, par Deaver. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 août.) — Thyroïdectomie pour vieux goitre kystique chez une femme âgée, par J.-L. Reverdin. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XI, p. 234.) — 62 cas d'énucléation de goitre, par Lehotzky. (*Wiener klin. Wochens*, 8 oct.) — De la maladie de Basedow, par Moebius. (*Deutsch. Zeit. f. Nervenh.*, 1, 5 et 6.) —Guérison d'une maladie de Graves, par Lawford. (*Trans. opht. soc. Unit. Kingd.*, XI, p. 211.)

Torticolis. — Du torticolis, de l'hématome du sterno-mastoïdien, par Whitman. (*Med. News,* 24 oct.)— Pathogénie du torticolis musculaire congénital, par Petersen. (*Berlin. klin. Woch.,* 18 mai.) — Ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis, par Phocas. (*Rev. d'orthop.,* 5.)— De la ténotomie à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique, par Taccoen. (*Thèse de Lille.*)

Trachée. — Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, août.) — Recherches sur les opérations sur les voies aériennes, trachéotomie, laryngofissure, extirpation du larynx, par Titze. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.)— L'anesthésie chloroformique dans la trachéotomie, par Sojo. (*Gaceta med. Catalana,* 15 mai.) — La technique de la trachéotomie dans le croup, par Cornet. (*Thèse de Toulouse.*) — De la trachéotomie dans le croup, ses indications, ses accidents, par de Grailly. (*Thèse de Toulouse.*) — Des résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphtérie à la clinique d'Heidelberg de 1880 à 1889, par Sattler. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 1.)—Trachéocèle médiane, par Von Baracz. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Corps étranger de la trachée extrait par la laryngo-trachéotomie, par Montaz. (*Bull. soc. de chirurg.*, XXII, p. 372.) — Sténose de la trachée et du larynx par compression, par Schiffers. (*Revue de laryng.*, 1er oct.) — Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie pour croup ; 2e trachéotomie, guérison,

par Revillod. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XI, p. 181.) — Un cas de cancer primitif de la trachée, par Pick. (*Prager med. Woch.*, 6.)

Transfusion. —Des transfusions salines dans le cholèra, les hémorragies et le collapsus chloroformique, par Richardson. (*Lancet*, 26 sept.) — La transfusion d'eau salée et sucrée dans l'anémie aiguë, par Stahle. (*Deut. med. Woch.*, n° 22, p. 726.)

Tremblement. — Du tremblement héréditaire, par Debove et Renault. (*Gaz. des hôp.*, 27 août, et *Soc. méd. des hôp.* 3 juillet.)

Trichine. —Trichinose traitée par l'arsenic, par Merrill. (*N. York. med. Journ.*, 19 sept.)—Le diagnostic différentiel de la trichinose, par Seibert (*N. York med. Monats.*, 8.)

Tuberculose. — Devoirs du gouvernement dans la prophylaxie de la tuberculose, par Flick. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 22 août.) — La question de la prophylaxie de la tuberculose, par Rochelt. (*Int. klin. Rundschau*, 33.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par Vinca. (*Milan.*) — La tuberculose dans l'armée et la population d'Autriche-Hongrie, par Wick. (*Klin. Zeit. und Streitfrage*, V, 1 et 2.) — La tuberculose et la lèpre au Japon, par Asthmead. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 15 août.) — Méthode d'inclusion pour la recherche des bacilles tuberculeux dans les tissus (beurre de cacao), par Cirincione. (*Riforma medica*, 30 juillet.)— Communication préliminaire sur les propriétés chimiques et les effets physiologiques du bacille de la tuberculose et cultures pures, par Crookshank et Herronn. (*The Journal of Physiology*, XII, p. 193.) — Valeur diagnostique du bacille tuberculeux, par Sewall. (*Med. News*, 25 juillet.) — La chèvre n'est pas réfractaire à la tuberculose, par Colin. (*Acad. des sc.*, 27 juillet.) — Inoculation de la tuberculose aviaire au cobaye, par Gilbert et Roger. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Inoculation aux gallinacés de la tuberculose des mammifères, par Cadiot, Gilbert et Roger. (*Ibid.*) — Sur les relations de la tuberculose des mammifères avec celles des gallinacés, par Cadiot, Gilbert et Roger. (*Bull. méd.*, 26 juillet.) — Nouveau procédé pour la recherche des bacilles de la tuberculose dans les crachats, par Dahmen. (*Münch. med. Woch.*, 38.) — Des processus de dégénérescence dans les cellules géantes tuberculeuses, par Goldmann. (*Cent. f. allg. Path.*, II, 22.) — Une expérience négative sur l'immunité pour la tuberculose, par P. Foa. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, mars, p. 134.) — Le danger supposé de la consommation du lait et de la viande, sains en apparence, mais provenant d'animaux atteints de tuberculose, par Bang. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 25.) — Tuberculose inoculée à des serpents, par Sibley. (*London path. Soc.*, 17 nov.) — Un cas de tuberculose du gland. Transmissibilité de la tuberculose dans les rapports sexuels, par P. Kraske.(*Zeigler's Beiträge z.path.Anat.*, X. 2.) — Danger que présente l'envoi des crachats destinés à la recherche des bacilles, au point du vue de la propagation de la tuberculose, par Flatten. (*Zeitschrift für Medicinalbeamte*, n° 3.) — Essai expérimental et clinique sur le rôle des poussières bacillaires dans la contagion de la tuberculose et sur la durée de la virulence de ces poussières, par Zilgien. (*Thèse de Nancy.*) — Étude de la disposition de l'organisme humain à la phtisie pulmonaire, par Gabrylowicz. (*Wiener med. Woch.*, 25 avril.) — Discussion sur l'étiologie de la phtisie, par Pye Smith. (*Brit. med. journ.*, 17 oct.) — De la tuberculose et des tuberculeux, par Peter. (*Semaine méd.*, 18 nov.) — De la phtisie commençante, étude sur la prophylaxie, par Gabrylowicz. (*Wiener med. Woch.*, 4 juillet.) — Des différentes formes cliniques de la tuberculose

pulmonaire, par Maragliano. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 28 oct.) — La fréquence de la localisation de la phtisie pulmonaire dans les lobes supérieurs, par Roosevelt. (*N. York med. journ.*, 3 oct.) — Obs. sur les rapports de la température des phtisiques en rapport avec la température de l'atmosphère, par Lazarus-Barlow. (*Lancet*, 8 août.) — Tuberculose miliaire pulmonaire, par Matera. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, X, 3.) — Pseudo-tuberculose bacillaire chez l'homme. Entérite infectieuse. Caséification de la capsule surrénale. Maladie d'Addison, par Hayem et Lesage. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 juillet.) — Granulie sans bacille de Koch, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 17 oct.) — Un cas de tuberculose humaine congénitale, par Sabouraud. (*Soc. de biol.*, 17 oct.) — Les conditions prétuberculeuses, par Tyndale. (*Med. News*, 10 oct.) — De certaines formes de bacillose aiguë pré-tuberculeuse, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd., Paris*, 3 oct.) — Nouveaux faits relatifs à l'histoire de la tuberculose infantile, fréquence de la tuberculose, cause majeure de la mortalité dans le 1er âge, pathogénie, prophylaxie, par Landouzy. (*Rev. de méd.*, sept.) — De la fréquence de la tuberculose intestinale, par Eisenhardt. (*Thèse inaug. Munich.*) — Tuberculose et gestation, par Herrgott. (*Revue méd. de l'Est*, 15.) — Tuberculose cutanée guérie, tuberculose viscérale consécutive, adénopathie trachéo-bronchique et néphrite, par Grancher. (*Bull. méd.*, 28 oct.) — Mélanges cliniques, tumeurs glandulaires, morve, médiastino-péricardite tuberculeuse, endocardite ulcéreuse, etc., par Bassi. (*Rassegna di sc. med.*, VI.) — Nouvelle obs. de lésion mitrale et de tuberculose pulmonaire, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, 1er oct.) — Rétrécissement mitral léger. Tuberculose pulmonaire, par Paliard. (*Rev. de méd.*, août.) — Etat actuel du diagnostic et du traitement de la tuberculose pulmonaire, par Schwalbe. (*Berliner klinik*, n° 31.) — Des tubercules externes à foyers multiples de la seconde enfance, par Perrot. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tuberculose avec fracture spontanée de la colonne vertébrale, tuberculose de l'os frontal, par Laffitte. (*Soc. anat. Paris*, 10 juillet.) — Tuberculose des os et des articulations, par Levings. (*Med. News*, 24 oct.) — Du pied creux dans la tuberculose du genou, par Audry. (*Mercredi méd.*, 9 sept.) — Tuberculoses osseuses multiples ; ostéo-arthrites du tarse. Résection de presque tout le tarse. Guérison, par Phocas. (*Bull. soc. chir.*, XVII, p. 47.) — Sur l'ignipuncture dans le traitement de la tuberculose articulaire, par Coudray. (*France médicale*, 25, p. 387.) — La tuberculose du genou et son traitement, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 22 sept.) — Tuberculose primitive de la bourse séreuse du jumeau interne, par Peugniez. (*Gaz. méd. Picardie*, août.) — Tuberculose des muscles striés chez le singe, forme spéciale de tuberculose chez le fou, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 31 juillet.) — Pièces de tuberculose génito-urinaire, par L. Mégevand. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, p. 235.) — De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire, par Tuffier. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — De la tuberculose uro-génitale primitive de l'homme et de la femme, par Heiberg. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, II.) — Influence de la tuberculose sur la marche des maladies des voies urinaires et des organes génitaux ; indications thérapeutiques, par Englisch. (*Wien. med. Presse*, n° 12, p. 449.) — Traitement climatérique de la phtisie pulmonaire par Lindsay, trad. par Lalesque. (in-8°, 249 p., *Paris.*) — Les récentes recherches sur le traitement de la tuberculose, par Villemin. (*Rev. scientif.*, 1er août.) — Pathologie et traitement de la phtisie pulmonaire, par Gibbes. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — La guérison spontanée de la tuberculose, sa fréquence, par Coats. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — De la tuberculose pulmonaire enrayée, par Fowler. (*Ibid.*) — Du tubercule guéri ou rétrogradé, par Martin. (*Ibid.*) — De l'acclima-

tement au froid pour les phtisiques, par SABOURIN. (*Gaz. hebd. Paris.* 31 oct.) — Leysin, station alpine vaudoise, cure d'hiver pour les phtisiques, par GILBERT. (*Ibid.*) — L'emploi des médicaments dans le traitement de la phtisie au début, par THOROWGOOD. (*Brit. med. journ.*, 17 oct.) — Influence de l'hélénine sur la tuberculose, par BOKENHAM. (*Ibid.*) — Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose, en particulier de la tuberculose chirurgicale, par MAX SCHUELLER. (*Wiesbade*, 84 p.) — Sur l'action de la créoline de Pearson sur le bacille de la tuberculose, par S. SIRENA et G. MISURACA. (*La Riforma medica*, 14 avril et *Sicilia medica*, n° 3, p. 168). — La tuberculose pulmonaire aux eaux minérales, par HUCHARD. (*Revue gén. de clinique*, 20.) — L'antipyrine dans le traitement des fièvres tuberculeuses et de la tuberculose, par ELOY. (*Ibid.*, 27.) — Traitement de la phtisie par les injections de gaiacol et d'iodoforme, par ROBERTSON. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Emploi de sérum de chien dans le traitement de la tuberculose, par BERETTA. (*Ibid.*) — Administration du guaiacol iodé par l'intestin dans la tuberculose pulmonaire, par GREGG. (*N. York med. journ.*, 26 sept.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de gaiocol iodoformé, par VABRE. (*Thèse de Montpellier.*) — Note sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé, par ARNAUD. (*Marseille médical,* n° 5, p. 267.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé, par GUIBERT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 15 août.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections intraarticulaires de glycérine iodoformée avec administration de gaïacol à l'intérieur, par SCHULLER et FR. RUBINSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p 350, 13 avril.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales par la glycérine iodoformée et l'acide formique, par SINGER. (*Ibid.*, 13 avril.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de créosote, par VIGENAUD. (in-8°, *Clermont-Ferrand.*) — Nouveau traitement de la tuberculose par les inhalations d'air comprimé créosoté et eucalyptolé, par SIEFFERMANN. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er sept.) — Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par TRANJEN (injections intramusculaires de thymolo-acétate de mercure et iodure de potassium à l'intérieur). (*Berlin. klin. Wochens*, 20 avril.) — Post-scriptum au travail précédent, par C. A. EWALD. (*Ibid.*, p. 390.) — Traitement de la phtisie par l'émulsion de Brown-Séquard, par SENETZ. (*Vratch*, 9.) — Comparaison des résultats obtenus par les injections de tuberculine et de liquide testiculaire chez les tuberculeux, au point de vue hématoscopique, par HÉNOCQUE. (*Soc. de biol.*, 24 oct.) — Sur l'influence de la bromuration sur la tuberculose expérimentale, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 17 oct.) — Le cantharidate de potasse dans le traitement de la tuberculose, par G. CRISAFULLI. (*La Riforma medica*, 27 juin, p. 834.) — Le cantharidate de potasse dans le traitement de la tuberculose, par DE CHRISTMAS. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 10.) — Action des sels de cantharidine, par HERYNG. (*Therap. Monats.*, nov.) — De l'action de l'acide camphorique sur les sueurs des phtisiques, par GRENET. (*Thèse de Lyon.*) — Récents progrès dans le traitement de la tuberculose articulaire, par COUSINS. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Le traitement par la tuberculine, par SIEGMUND. (*Therap. Monats.*, août.) — Les propriétés attribuées à la tuberculine de Koch, par ARLOING. (*Rev. scientif.*, 8 août.) — Action de la tuberculine chez l'animal sain, lapin, par GEISSLER. (*Vratch*, 21.) — La lymphe de Koch, son histoire, son application à la thérapeutique, par PRAUTOIS. (*Thèse de Nancy.*) — La lymphe de Koch, exposé de l'état actuel des connaissances acquises, par PERGENS. (*Archivos int. de laring.*, II, 8 et 9.) — Le remède de Koch contre la tuberculose, par KARL VON RUCK. (*N. York med. record*

23 mai.) — Du traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Ehrlich. (*Lancet*, 24 oct.) — Histologie des tissus tuberculeux traités par la méthode de Koch, par Ed. Weeney. (*Dublin j. of med. sc.*, juin.) — Les injections de Koch par Lozano. (*Broch. Madrid.*) — De la tuberculine dans les maladies chirurgicales tuberculeuses, par Cheyne. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Effets des injections de tuberculine sur le pouls, par Coghill. (*Ibid.*, 14 nov.) — Emploi de la tuberculine dans le lupus et la tuberculose par Skerritt. (*Ibid.*. 14 nov.) — Nouvelles communications sur les résultats actuels du traitement de Koch dans la garnison de Münich, par Vogl. (*Münch. med. Woch.*, 36.) — Observations sur l'emploi de la tuberculine de Koch sous le rapport curatif et diagnostique, par Port. (*Ibid.*, 39 et 40.) — Recherches sur la tuberculine à la clinique ophthalmologique de Schœler, par Albrand. (*Thèse inaug. Rostock*, 1891.) — La tuberculine à Montefiore home. Avantages comparés de l'hydrothérapie et du traitement général, par Baruch. (*N. York med. journ.*, 15 août.) — Sur l'emploi de la tuberculine, par Balfour. (*Edinb. med. journ.*, août.) — L'emploi de la tuberculine de Koch, par Stitt Thomson. (*Ibid.*, oct.) — Tuberculine, sa valeur et les limites de son emploi, par Denison. (*Journ. americ. med. Assoc.,* 18 juillet.) — De l'action de la tuberculine sur la tuberculose d'inoculation des lapins, par Baumgarten. (*Int. Beit. z. w. med. Fets. Virchow*, III.) — Résultats obtenus pendant les 4 premiers mois du traitement Koch, par Revilliod. (*Revue méd. Suisse romande.*, XI, p. 249.) De la tuberculine dans ses rapports avec la chirurgie de la tuberculose, par Watson Cheyne. (*Gaz. méd. Paris.*, 17 oct.) — Résultats du traitement de la tuberculose chirurgicale par la lymphe de Koch, par Bruland. (*Bull. méd. du Nord*; n° 4, p. 89.) — Tentative de traitement de la tuberculose expérimentale au moyen de la lymphe de Koch, par E. de Renzi. (*Riv. clinica e terap.*, n° 5, p. 225.) — Le traitement de Koch, par de Renzi. (*Ibid.* p. 289.)— Cas traités par le liquide de Koch, par Crisafulli. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 194.) — Observations sur le sang et le poids des malades traités par la méthode de Koch, par Vaiana et Tusa. (*Ibid.*, 3, p. 207.) — Études cliniques sur la lymphe de Koch, par Cervello. (*Ibid.*, 7, p. 441.) — Le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch, par G. Ancona. (*Riforma medica*, 19 février.) — Le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch, par A. Cantani. (*Ibid.*, 20 février.) — Communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la lymphe de Koch et réflexions critiques sur la théorie de la pathogénie de la tuberculose, par A. de Giovanni. (*Ibid.*, 4 mars.) — Modifications observées dans les bacilles tuberculeux pendant le traitement par la lymphe de Koch, par A. Randi. (*Ibid.*, 6 mars.) — L'urobiline dans le traitement de Koch, par Aiello et Solaro. (*Ibid.*, 11 mars.) — Expériences faites avec la lymphe de Koch, par Russo-Travali. (*Ibid.*, 19 mars.) — Compte-rendu du traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch, par Silva. (*Ibid.*, 28 mars.) — Relation sur l'emploi du remède de Koch dans la tuberculose pulmonaire, par Gualdi et Torti. (*Ibid.*, 31 mars.) — Quelques observations sur les effets de la lymphe de Koch sur les animaux atteints de tuberculose expérimentale, par R. Campana et N. Degola. (*Ibid.*, 6 avril.) — La lymphe de Koch, par Maragliano. (*Ibid.*, 7 avril.) — Action de la lymphe de Koch sur la crase sanguine chez les tuberculeux, par V. Cacciamali. (*Ibid.* 15 avril.) — Étude sur les bacilles tuberculeux et les fibres élastiques dans l'expectoration de 17 phtisiques soumis aux injections de lymphe de Koch, par Lipari. (*Ibid.*, 12 et 13 mai.) — Modifications de l'urine et du pouvoir urotoxique chez les sujets soumis aux injections de lymphe de Koch, par G. Crisafulli. (*Ibid.*, 15 mai.) — Sur la prétendue apparition des bacilles tuberculeux dans le sang des sujets traités par la lymphe de Koch, par

G. Sacerdotti. (*Ibid.*, 27 juin.) — Rapport sommaire sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch après 8 mois d'essais à Pavie, par G. Golgi et B. Silva. (*Ibid.*, 31 juillet.) — Action de la lymphe de Koch sur la crase sanguine, par P. Castellini. (*Ibid.*, 8 août.) — Contribution à l'étude du traitement de Koch dans les tuberculoses chirurgicales, par Ceccherelli. (*Morgagni*, août.) — La méthode de Koch dans les tuberculoses locales, par D. Decoud. (*Buenos-Ayres.*) — Remarques sur la tuberculine de Koch, par Heuch. (*Deutche med. Woch.*, p. 770, 4 juin.) — L'effet de petites doses de tuberculine dans la phtisie pulmonaire, par P. Guttmann et P. Ehrlich. (*Ibid.*, 11 juin.) — Notice sur le travail de Guttmann et Ehrlich, par C. A. Ewald. (*Ibid.*, 18 juin.) — Sur les organes des sujets traités par la tuberculine, d'après les observations faites à l'institut de Gottingen pendant le semestre d'hiver 1890-1891, par F. Koenig. (*Ibid.*, 18 juin.) — Nouvelle théorie pour expliquer l'action du remède de Koch sur l'homme tuberculeux, par Kohler et Westphal. (*Ibid.*, 25 juin.) — Sur la tuberculine à l'hôpital de Fellin, par A. Schwartz. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Sur quelques phtisiques traités en 8 mois à l'hôpital Lazarus par la tuberculine simple ou combinée avec d'autres remèdes, par C. Langenbuch et P. Wolff. (*Ibid.*, 23 juillet.) — Tuberculose cérébrale guérie par la tuberculine, par Thamm. (*Ibid.* 30 juillet.) — La tuberculine employée pour ouvrir les cavernes fermées, par J. Schreiber. (*Ibid.*, 10 sept.) — Nécrose cutanée par injection de tuberculine, par Sehrwald. (*Ibid.*, 24 sept.) — La tuberculine à la 64e réunion de la Soc. des Natural. et Médecins allemands. (*Ibid.*, 8 oct.) — Un cas d'affection scrofuleuse des yeux guérie en 4 semaines par la tuberculine, par Schaffranek. (*Ibid.*, 22 oct.) — Résultats obtenus avec la tuberculine dans 24 cas chirurgicaux, par Hofmokl. (*Wien. med. Presse.*) — Valeurs diagnostique et curative de la tuberculine, par Lauenstein. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 avril.) — Rapport au XXe Congrès de Chirurgiens à Berlin, sur la découverte de Koch (traitement de la tuberculose), par E. von Bergmann. (*Ibid.*, 13 avril.) — De la présence de bacilles tuberculeux dans le sang des malades traités par la tuberculine, par Victor Liebman. (*Ibid.*, 20 avril.) — Réponse à Liebman, par H. Kossel. (*Ibid.*, 11 mai.) — Résultats du traitement de la tuberculose sur la méthode de Koch, par Von Jaksch. (*Ibid.* 27 avril.) — Résultats notés dans l'emploi de la tuberculine chez les phtisiques par Bozzolo. (*Ibid.*, 20 et 27 avril.) — Emploi de la tuberculine dans l'enfance, par Heubner. (*Ibid.*, 4 mai.) — De l'intervention chirurgicale combinée avec le traitement de Koch, dans la phtisie pulmonaire, par Sonnenburg. (*Ibid.*, 4 mai.) — Cicatrisation d'ulcères tuberculeux de l'intestin par le traitement de Koch, par P. Guttmann. (*Ibid.*, 4 mai.) — Résultats (peu favorables) du traitement de Koch chez les phtisiques d'un établissement privé (Falkenstein), par Dettweiler. (*Ibid.*, 4 mai.) — Effets de la tuberculine au point de vue anatomo-pathologique, par Ziegler. (*Ibid.*, 4 mai.) — Bons effets de la tuberculine dans la phtisie laryngée (20 guérisons durables sur 45), par Moritz Schmidt. (*Ibid.*, 4 mai.) — Discussion du Congrès de médecine interne sur le traitement anti-tuberculeux de Koch. (*Ibid.*, 11 mai.) — Résultats du traitement de Koch chez 78 tuberculeux, par Mikulicz. (*Ibid.*, 11 mai.) — Effets du remède de Koch sur la tuberculose inoculée des lapins, par Baumgarten. (*Ibid.*, 11 mai.) — Le remède anti-tuberculeux de Koch, par Ponfick. (*Ibid.*, 1er juin.) — Résultats obtenus chez les tuberculeux avec le remède de Koch, par Riegner. (*Ibid.*, 1er juin.) — Action de la tuberculine sur la tuberculose inoculée de l'œil de lapin, par Alexander. (*Ibid.*, 8 juin).

Typhoïde. — De l'étiologie de la fièvre typhoïde, importance de quelques

causes adjuvantes, par PAROD. (*Thèse de Paris*, 11 novembre.) — Le bacille de la fièvre typhoïde, sa valeur, par JEFFRIES. (*Boston med. journ.*, 17 septembre.) — La recherche du bacille typhique dans l'eau potable, par BAREGGI. (*Giorn. soc. ital. d'igiene*, 3, p. 119.) — Le bacille typhique dans les eaux potables de Pavie, par MONTI. (*Riv. d'igiene*, 17.) — La fièvre typhoïde et l'eau de boisson à Amiens, par MALJEAN. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Le lait comme véhicule de contagion de la fièvre typhoïde, par BROWN. (*Med. and surg. reporter*, II, 6.) — La fièvre typhoïde à Gênes par LUCATELLO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 4.) — La fièvre typhoïde à Albany (*Hygien. Rundschau*, I, p.424.) — Une petite épidémie de fièvre typhoïde à étiologie complexe, par Jules ARNOULD. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — La fièvre typhoïde à Massaouah, études cliniques et bactériologiques, par PASQUALE. (*Giorn. med. esercito e marina*, 7.) — Fièvre typhoïde, monographie clinique et thérapeutique, par COUTENOT. (In-8°, 257 p., *Besançon*, 1891.) — Typhoïde et typhomalarienne au Congrès de Londres, par ROUCH. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Fièvre typhoïde à évolution primitivement régulière, à rechute très grave au 5e septenaire, à récidive atténuée un an plus tard, par HUGUES et LEVY. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Fièvre typhoïde avec température basse, par JENCKES. (*Med. news*, 15 août.) — Fièvre typhoïde sans fièvre, par POTAIN. (*Tribune méd.*, 6 août.) — Du diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, par MIRCOLI. (*Gazz. d. ospitali*, p. 25.) — De quelques particularités de la marche de la température dans la fièvre typhoïde, et des formes mixtes de fièvre intermittente, par PURJESZ. (*Pester med.-chir. Presse*, n° 2.) — Sur quelques formes morbides dominantes à Gènes, simulant la fièvre typhoïde, et leur analogie avec l'influenza, par MARAGLIANO. (*La Riforma medica*, 23 avril.) — Complication mortelle rare de la fièvre typhoïde, par B. SILVA. (*Riforma medica*, 15 septembre.) — Complications rares de la fièvre typhoïde, par GRAHAM. (*Med. news*, 8 août.) — A propos de quelques cas de suppuration compliquant la fièvre typhoïde, par DESTRÉE. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 août.) — Pleuro-typhoïde, par TALAMON. (*Médecine moderne*, 28 mai.) — De la myocardite typhique, par CHAUFFARD. (*Semaine méd.*, 30 septembre.) — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, pronostic et traitement, par FITZ. (*Boston med. journ.*, 8 octobre.) — De l'élimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde suivant les diverses méthodes de traitement, par ROQUE et WEILL. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De l'eau à l'intérieur dans le traitement de la fièvre typhoïde, par ROBINSON. (*New York med. Record*, 4 juillet.)

U

Ulcère. — Notes cliniques sur le mal perforant, par TUFFIER et CHIPAULT. (*Arch. de méd.*, sept.) — Le papier de gutta-percha sur les ulcères de jambe, par Vasily KURTSCHINSKY. (*Vratch*, 35, 1890.) — Sur le traitement des ulcères par la chaleur, par STÉPANOFF. (*Bull. gén. de thér.*, 15 sept.)

Urémie. — Cas intéressant d'urémie avec coma, manie et manifestations locales toxémiques, par REMONDINO. (*Journ. of nerv. dis.*, oct.) — Spasmes cloniques urémiques simulant le paramyoclonus, par GUIZZETTI. (*Sperimentale*, 15 oct.) — Des éruptions urémiques, par LANCASTER. (*London clin. Soc.*, 13 nov.) — Le traitement du coma et des convulsions urémiques, par FERGUSON. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.)

Urètre. — Résistance de l'urètre, par DELBET. (*Soc. anat. Paris*, 24 juillet. —

Un nouvel endoscope urétro-cystique à lumière externe, par Janet. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Sur l'examen attentif de l'urètre comme base d'un traitement plus scientifique, par Mac Munn. (*Lancet,* 10 oct.) — Quelques indications sur le traitement du catarrhe de l'urètre postérieur, par Keyes. (*N. York med. record.*, 25 juillet.) — Un cas d'urétrite sans gonocoques avec complication d'épididymite, par Legrain et Legay. (*Ann. mal. org. gén. urin.,* oct.) — Un cas de synovite urétrale, par Poole. (*Edinb. med. journ.*, août.) — L'urétromètre et sa valeur pour le diagnostic de la blennorrhée chronique et du rétrécissement à son début, par Finger.(*Intern. klin. Rundschau*, 43, 1890.) — Imperforation de méat urinaire, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 août.) — Hémorragie post-mictionnelle de l'urètre antérieur, par Janet. (*France méd.*, 23.) — Des lésions produites dans la région prostatique de l'urètre par le dilatateur de Dolbeau, par Matignon. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 juillet.) — Un nouveau dilatateur pour retrécissement de l'urètre, par O. Newell. (*N. York med. record.*, 6 juin.) — Guérison permanente des rétrécissements par l'urétrotomie externe, par Moullin (*Lancet*, 19 sept.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, résultats de la distension locale extrême, sans incision du méat, par Tuttle. (*N. York med. journ.*, 3 oct.) — Un cas d'excision de rétrécissement de l'urètre avec urétroplastie, par Keyes. (*Journ. of cutan. dis.*, nov.) — De la résection de l'urètre, par Guyon. (*Gaz. méd. Paris,* 22 août.) — De la suture de l'urètre, par Gaujon. (*Thèse de Montpellier.*) — Le traitement des rétrécissements de l'urètre et une modification de l'urétrotome d'Otis, par Rand. (*N. York med. journ.*, 29 sept.) — Drainage des plaies, en particulier du drainage après l'urétrotomie, par Kimloch. (*Annals of surg.*, II. 4.) — Du prolapsus de l'urètre chez la femme, par Kleinwaechter. (*Zeit.f. Geburts.*, XXII, 1.) — Opération d'hypospadias scrotal, par Landerer. (*Dent. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 5 et 6.) — Opération d'un hypospadias périnéal des fistules péniennes par constriction chez les enfants, par Karewski. (*Berlin. klin Wochen.*, p. 477, 11 mai.)

Urinaires (voies). — Infection urinaire, varices de la vessie, par Destot. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — Sur les services à attendre de la diurétine dans la chirurgie génito-urinaire, par Keyes. (*Med. News*, 31 oct.) — Traitement des abcès urineux, par Horteloup. (*Ann. mal. gén. urin.*, oct.) — Rétention d'urine incomplète avec distension traitée par l'évacuation progressive et antiseptique. Conservation de l'état aseptique des urines malgré l'état microbien de l'urètre, par Reblaub. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.). — Traitement des abcès urineux, par Desnos, 5e Cong. franç. chir. (*Bull. méd.*, 22 avril.) — Des dangers de la ponction hypogastrique dans les rétentions d'urine, de la cystotomie sus-pubienne, par Poncet. (*Mercredi méd.*, 4 nov.) — Urinal vaginal, par Saenger. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 nov.)

Urine. — Analyse d'une urine chyleuse et des matières grasses qu'elle renferme, par de Girard. (*Montpellier méd.*, 1er sept.) — De la décomposition ammoniacale de l'urine, par Shattock. (*London pathol. Soc.*, 3 nov.) — Un moyen de conserver la liqueur de Fehling, par Patel. (*Lyon méd.*, 12 juillet.) — L'aréo-saccharimètre, appareil commode pour doser le sucre et le poids spécifique de l'urine, par Schutz. (*Münch. med. Woch.*, 39.) — Procédé de dosage du sucre par la fermentation de l'urine (Méthode de Robert), par M. Manges. (*N. York med. record*, 2 mai.) — Les éthers sulfuriques dans l'urine et l'antisepsie intestinale, par Rovighi. (*Broch. Milan.*) — Recherche et dosage des albuminoïdes dans l'urine, par B. Guillaume-Gentil. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 210.) — Des causes d'erreur dans la recherche de l'albumine dans les urines, par Marais. (*Année

méd. Caen, août.) — Du contenu de l'urine normale en albumine et de l'albuminurie physiologique, par Senator. (*La Médecine moderne*, 19 mars.) — Azote total, urée, acide urique et composés xanthiques dans l'urine de l'homme, par W. Camerer. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 72.) — L'acide urique cause d'hypertension artérielle, par Haig. (*Royal med. and chir. soc.*, 27 oct.) — Des procédés de dosage de l'acide urique, par Deroide. (*Thèse de Lille.*) — Sur une cause d'erreur dans la recherche de l'albumine dans les urines ictériques, par Grocco. (*La Riforma medica*, 21 juillet, p. 157.) — Modifications de l'urine et du pouvoir urotoxique chez les sujets soumis aux injections de tuberculine, par Crisafulli. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.) — Ptomaïnes extraites des urines dans quelques maladies infectieuses, par Griffiths. (*Acad. des sc.*, 9 nov.) — Sur la présence des cylindres hyalins dans l'urine des aliénés, par Vassale et Chiozzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 3.) — Sur la toxicité de l'urine comme guide pour le diagnostic et le traitement des maladies, par Semmola. (*Bull. Acad. de méd.*, 4 août.) — Sur la toxicité urinaire chez les cardiaques, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, 1er oct.) — Sur la toxicité des urines pathologiques, toxicité urinaire, applications thérapeutiques, par Mairet et Bosc. (*Montpellier méd.*, 16 oct.) — De l'action bactéricide de l'urine fraîche, par Richter. (*Arch. f. Hyg.*, XII et *Hygienische Rundschau*, I, 342.) — Sur la toxicité de l'urine des aliénés, par Mairet et Bosc. (*Soc. de biol.*, 24 oct.) — Sur le dosage de l'urée, par Huguet. (*Thèse de Bordeaux*.) — Urée et membranes séreuses, par Bond. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — De la formation de l'urée chez la grenouille, par Poulsson. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 3 et 4.) — Sur l'urobiline, par Reale. (*Revista clinica e terap.*, n° 4, p. 171.) — Pathogénie de l'urobilinurie, par Viglezio. (*Sperimentale*, XLV, 3 et 4.) — Étude de la créatinine et de son élimination, par Moitessier. (*Thèse de Montpellier.*)

Urticaire. — Urticaire œdémateuse. Localisation sur la muqueuse de l'isthme du gosier, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juillet.) — Un cas d'urticaire, par Descroizilles. (*France méd.*, 32.)

Utérus. — Développement de l'utérus et du vagin chez la femme, par Nagel. (*Biol. Centralb.*, XI, 19.) — Développement et formation de la caduque, par Klein. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 2.) — Sur la reproduction de la muqueuse utérine, par L. Bossi. (*Riforma medica*, 30 septembre.) — Histologie normale et pathologique des trompes de Fallope, par Williams. (*Americ j. of med. sc.*, oct.) — De l'exploration rapide de la cavité utérine sans l'anesthésie, par Ross. (*N. York med. journ.*, 24 oct.) — Sur la contraction et sur l'inertie de l'utérus, par L. Acconci. (*Giornale Acad. di med. Torino*, juillet, p. 497.) — Sur la pathologie de la muqueuse du corps utérin, par Uter. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 août.) — Céphalées et sensations anormales céphaliques d'origine utéro-ovarique, par Masetti. (*Bull. soc. Lancisiana, Roma*, X, 3.) — Endométrite chronique et endométrite blennorragique, traitement par le crayon de nitrate d'argent à demeure, par Chalançon. (*Thèse de Montpellier.*) — De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale, par Boursier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 sept.) — Recherches hystologiques sur l'endométrite puerpérale, par Bumm (*Arch. f. Gynaek.*, XL, 3.) — Endométrite, par Cory. (*Lancet*, 7 nov.) — Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites, par Giudicelli. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement de l'endométrite par le chlorure de zinc, par Schaeffer. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) — Traitement de l'endométrite par le tubage, formes puerpérale et septique, par Milton. (*Lancet*, 17 oct.) — Moyen de remédier à la courbure que donne le massage de l'utérus par la compresse humectée et l'enveloppement, par

Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. femmes*, 25 oct.) — De l'emploi du tannin iodoformé contre les exsudats liquides et du tannin boriqué dans les hémorragies, par Ter-Grigoriantz. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 nov.) — Les opérations pour les tumeurs de la matrice, l'oophorectomie et la castration des femmes dans les affections psychiques et nerveuses, par Spencer Wells. (*Ann. de Gynéc.*, nov.) — Un cas d'hydrocèle chez la femme avec hernie de la trompe et des ovaires, par Michel. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 17, 1890.) — Modifications morbides dans les trompes de Fallope dans les fièvres infectieuses aiguës, par Popoff. (*Wratch*, 19.) — Sur deux cas de tamponnement intra-utérin, par Oui. (*Arch. de tocol.*, sep.) — Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin, par Pichevin. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 7.) — Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines, par Lefour. (*Arch. de tocol.*, sept.) — Recherches expérimentales sur la formation du pyo et de l'hydrosalpynx, par Woskressenky. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 oct.) — Pyosalpinx, adhérences à l'appendice vermiforme, la vessie, le péritoine, l'intestin, ablation, par Hinkson. (*N. York med. journ.*, 24 oct.) — Hématosalpinx, par Reynier. (*Bull. soc. de chirurgie*, XVII, p. 278 et p. 283.) — Salpingite tuberbuleuse, par Reynier. (*Ibid.* XVII, p. 332.) — Sur certaines opérations indiquées pour préserver les appendices utérins, par Polk. (*Americ. journ. of obst.*, sept.) — Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes, par Lacaze. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie, par Pozzi et Baudron. (*Rev. de thér.*, août.) — Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, par Péan. (*Arch. de tocol.*, août.) — Hystérectomie sus-vaginale extrapéritonéale, par Price. (*Med. News*, 15 août.) — Débridement vaginal des collections pelviennes, méthode de Laroyenne, par Goullioud. (*Arch. de tocol.*, août.) — Du curetage appliqué au traitement de la salpingite, par Picqué. (*Revue gén. de clinique*, 28.) — Technique du curetage de l'utérus, par Schwartz. (*Ibid.*, 39.) — Du curage explorateur de l'utérus, par Pichevin. (*Médecine moderne*, 28 mai.) — Du curetage comme méthode de traitement dans les affections péri-utérines par Cuellar. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 juillet.) — Déchirure du col de la matrice et trachélorraphie, par Artières (*Thèse de Montpellier.*) — La trachélorraphie à lambeaux, par Hartmann. (*Ann. de gyn.*, oct.) — L'occlusion immédiate des déchirures du col, par Garrigues. (*Americ. j. of obst.*, nov.). — Occlusion complète de l'orifice utérin, par Bain. (*Lancet*, 14 nov.) — Cas remarquable de superinvolution utérine, par Grynfelt. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 26 sept.) — Sur le prolapsus de l'utérus gravide, par Tracou. (*Arch. de tocol.*, oct.) — De la ligature vaginale de l'utérus dans la rétroflexion et le prolapsus de cet organe, par Schucking. (*Deutsch med. Woch.*, 19, p. 646.) — Traitement du prolapsus utérin chez la vieille femme, par Picqué. (*Revue gén. de clin.*, 35.) — Du traitement de la rétroversion utérine avec adhérences, par la méthode de Brandt, par Vineberg. (*N. York med. record*, 11 juillet.) — Traitement chirurgical de la rétroversion et du prolapsus utérin, par Mundé. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — Sur le traitement de la rétroversion utérine, par G. Poppi. (*Riforma medica*, 18 août.) — Inversion complète de l'utérus réduite par le tamponnement systématique du vagin, par Reid (*N. York med. journ.*, 5 sept.) — De la ventrofixation de l'utérus, par Flaischlen. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Guérison spontanée d'un fibro-myome volumineux, par Popoff et Stoff. (*Deut. med. Woch.*, 22.) — Étude sur les fibro-myomes fluctuants ou hydrorrhéiques de l'utérus, par Berthault. (*La Médecine mo-*

derne, 30 avril et 7 mai.) — Sur un polype fibreux de l'utérus, par Grynfelt. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 21 nov.) — La réhabilitation de la pelvipéritonite. Étude de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 juillet.) — Pathogénie des hémorragies en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus, par Batuaud. (*Ibid.*, 25 oct.) — Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine, par Arrou. (*Gaz. des hôp.*, 24 oct.) — Traitement des tumeurs fibreuses utérines, par Engelmann. (*Edinb. med. journ.*, nov.) — Traitement par l'électricité des fibromes, par Massey. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 25 juillet.) — Du traitement électrique des fibro-myomes utérins par la méthode d'Apostoli, par Chevrier. (*Nouv. Arch. d'obst.,* 25 oct.) — Deux cas de fibromes utérins traités avec succès par les courants faibles, par Lyons. (*Americ. j. of obstet.*, sept.) — Énucléation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale, par Chevrier. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 4.) — Quatre cas d'extirpation de myomes par la laparotomie, par Ross. (*Americ. j. of obstet.*, sept.) — Enucléation par la laparotomie de 9 fibromes utérins interstitiels, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — Fibro-myome utérin sous-muqueux, avortement vers 5 mois et demi, ablation par morcellement, guérison, deuxième grossesse à terme, par Houzel. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 527.) — Quelques modifications de la technique opératoire dans l'hystéromyomectomie, par Ott. (*Wratch*, 27, et *Ann. de gyn.*, sept.) — De l'extirpation abdominale de l'utérus avec myomes, par Chrobak. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 août.) — Volatilisation du pédicule extrapéritonéal et réunion secondaire immédiate de la plaie pédiculaire dans l'hystérectomie abdominale pour corps fibreux, par Pichevin. (*La Médecine moderne*, 2 avril.) — Sur le traitement du pédicule rétropéritonéal d'après la méthode de Chrobak, par Besselmann. (*Cent. f. Gynaek.* 21 nov.) — Le traitement du pédicule dans l'hystéromyomectomie, par Kikkert (*Thèse inaug.*, *Leyde.*) — L'inversion du moignon après l'amputation utéro-ovarienne et après l'hystérectomie sus-vaginale, par V. Frascani. (*Riforma medica*, 14 sept.) — Note sur le traitement intra-abdominal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale, par Chénieux. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 407.) — Note sur la technique de l'hystérectomie, par Eastman. (*Med. News*, 1er août.) — Hystérectomie vaginale et laparotomie, par Reclus. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 oct.) — Adénome utérin, par Coe. (*Amer. j. of med. sc.*, août et *Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 oct.). — Contribution à l'étude des sarcomes de l'utérus, par E. Pestalozza. (*Morgagni*, septembre.) — Des modifications de la muqueuse de l'utérus dans le cancer de la portion vaginale, par Elischer. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Une forme rare de cancer secondaire du corps utérin, par Benckiser. (*Ibid.*, XXII, 2.) — Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus, par Potherat. (*Rev. gén. de clinique*, 30, et *Arch. de tocol.*, août.) — Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus, par Layral et Merlin. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — L'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, par Schwartz. (*Gaz. des hôp.*, 16 sept.) — Hystérectomie pour cancer utérin et pour prolapsus, extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 12 juillet.) — De l'amputation sus-vaginale de Schrœder pour le cancer du col, par Winter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Hystérectomie pour épithélioma (méthode de Freund, Rydygier, Pean), par E. Tricomi. (*Riforma medica*, 24 août.) — De l'ablation de l'utérus cancéreux. Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne. (*Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Cancer du col de l'utérus et hystérectomie vaginale, par Schwartz. (*Revue gén. de clinique*, 31.) — De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée, par Terrier et Hartmann. (*Ann. de gyn.*,

août.) — Extirpation totale de l'utérus par le vagin pour le cancer du corps, par SOLOWIJ. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 sept.) — Huit cas de rupture de l'utérus, par G. SLECHTA. (*Der Frauenarzt*, juin et juillet.) — Trois cas de rupture de l'utérus, un traité avec succès par la laparotomie, par UNDERHILL. (*Edinb. med. journ.*, sept.) — Rupture de l'utérus, opération, excision d'un fragment de l'intestin, par WARDNER. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er août.) — Rupture de l'utérus gravide, soupçon d'avortement criminel, par TARNIER. (*Journ. des Sages-Femmes*, 1er août.) — Cœliotomie pour rupture d'un utérus gravide, par COE. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 8 août.) — Amputation de l'utérus gravide, par MILTON. (*Lancet*, 26 sept.) — Deux cas d'amputation de l'utérus pendant le travail, par MURPHY. (*Brit. med. journ.*, 10 oct.)

V

Vaccin. — La vaccination et la revaccination obligatoires, par Eugène DESCHAMPS (*Rev. d'hyg.*, mai.) — Enquête sur le vœu émis le 12 nov. 1888, pour rendre la vaccination obligatoire, par MASSOT. (In-8°, 104 p., Perpignan.) — De la réceptivité et de l'immunité vis-à-vis de la vaccine, par DUBIQUET. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'immunité pour la variole vaccine, par JANSON. (*Cent. f. Bakter.*, X, 2.) — Rapport sur les opérations de vaccine pratiquées sur les recrues et sur d'anciens soldats en 1890, par MOLITOR. (*Arch. méd. belg.*, sept.) — Organisation et fonctionnement de l'Institut de vaccine animale créé à Saïgon en 1891, par CALMETTE. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Une nouvelle méthode de vaccination, par FISCHHOF. (*Gyogyaszat*, 34.) — Étude de la lymphe, par SCHULZ et WEYL. (*Zeit f. Hyg.*, X, 3.) — Revaccination. Valeur des cicatrices vaccinales antérieures au point de vue des aptitudes vaccino-varioliques, par COMMENGE. (*France méd.*, n° 13, p. 198.) — Action du lavage de la peau avec la solution de sublimé sur l'activité de la pulpe vaccinale, par UFFREDUZZI. (*Rivista d'igiene*, 9.) — Les affections vaccinales, par DEMME. (*Corresp. Blatt. für schw. Aertze*, 15 mai.) — Sur un cas de vaccine généralisée par autoinoculation, par JEANSELME. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 nov.) — Pustules vaccinales sur la paupière, par JAMES. (*Trans. opht. soc. unit. Kingd.*, X, p. 29.) — La question de l'immunité, par OGATA. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, p. 565.) — L'immunisation, par GAMALEIA. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 nov.) — Etudes sur l'immunité, par METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 8.) — De l'immunité acquise et naturelle, par ROUX. (*Ibid.*) — Sur les protéides défensives, examen d'une nouvelle théorie de l'immunité, par GAMALEIA. (*Médec. moderne*, 21 mai.) — De l'immunité, de son existence naturelle et de sa production artificielle, par BUCHNER. (*Münch. med. Woch.*, pp. 551 et 572.)

Vagin. — Un cas de tuberulose des voies génitales avec atrésie du vagin, par KRETZ. (*Wiener klin. Woch.*, 8 oct.) — Etranglement du vagin à travers un pessaire à anneau, par THOMAS. (*Med. News.*, 31 oct.) — Déchirure de la paroi antérieure du vagin, rastauration, par WATKINS. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Des bacilles développant des gaz dans la colpohyperplasie kystique (colpite emphysémateuse), par KLEIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er août.) — Étude des néoplasmes du vagin, par STRASSMANN (*Ibid.*, 10 oct.) — Etiologie du cancer du vagin, par MEYER. (*Zeit f. Geburts.*, XII, 1.) — Du cancer primitif du vagin, par HECHT. (*Thèse inaug. Munich.*) — Taille suspubienne dans la rétention d'urine causée par le cancer du vagin, par CADDY. (*Lancet*, 21 nov.) — Sarcome primitif du vagin, par KALUSTOW. (*Arch. f. Gynaek*, XL., 3.)

Vaisseau. — L'évolution des organes circulatoires, par Cahall. (*Americ. naturalist*, mars.) — Sur une altération non encore décrite des vaisseaux du système nerveux central, par Cacciola. (*Bull. soc. ital dei microscop.*, I, 4.)

Varicelle. — La varicelle chez l'enfant, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 1er oct.) —2e Attaque de varicelle à dix jours d'intervalle, par Neal. (*Lancet*, 21 nov.) — Du rash scarlatiniforme dans la varicelle, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 juin.) — A propos des rash dans la varicelle, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 juin.)

Veine. — Les veines de la tête et du cou, par Labalette. (*Thèse de Lille.*) Sur un cas d'oblitération veineuse spontanée du membre supérieur, par Muselier. (*Gaz. méd., Paris*, 11 juillet.) — Occlusion de la veine cave supérieure par endophlébite tuberculeuse, par Banti. (*Sperimentale*, XLV, 3 4.) — Sur un cas de phlébite suppurée des veines ophtalmiques, par Legrand. *Bull. méd. du Nord*, p. 315.) — De la suture veineuse, par Anselm Meyer. (*Thèse d'Erlangen*, 1890.) — Varices considérables du système veineux inférieur, par Derville. (*Journ. sc. méd., Lille*, 25 sept.) — Traitement de varicosités, par Landerer et discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mai.)

Vessie. — Atlas de cystoscopie, par Burckhardt. (24 pl. *Bâle.*) — Cystoscopie, expérience de 50 cas, par Wallace. (*Edinb. med. journ., oct.*) — Diagnostic des affections chirurgicales de la vessie, par Hodges. (*N.-York med. journ.*, 10 oct.) — De la pénétration spontanée des microbes dans la vessie comme cause de cystite spécialement chez la femme, par Van Santvoord. (*N.-York med. record*, 23 mai.) — Origine infectieuse de certaines formes de cystite dites à frigore ou rhumatismales, par Bazy. (*Bull. soc, de chir.*, XVII, p, 489 et *Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — De l'hypertrophie trabéculaire de la tunique musculaire de la vessie, par Von Antal. (*Int. Cent. J. Phys. d. Harn. u. Sexualorgan.*, III, 2.) — Cystite douloureuse chronique compliquée d'uretéropyélite ascendante unilatérale. Colpocystotomie et néphrectomie. Guérison, par Brun. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 188.) — Des perforations vésicales par calculs, par Chapplain. (*Thèse de Montpellier.*) — Lithotritie en une séance pour un calcul volumineux composé de parties égales d'oxalate de chaux et de phosphate de chaux, par Dubuc. (*Union méd.*, 27 juin.) — Amélioration des évacuateurs pour litholapaxie, par O. Newell. (*N.-York med. record.*, 28 mars.) — La lithotritie chez la femme, par Guyon. (*Ann. de Gyn.*, oct.) — Un point de la technique de l'aspiration dans la litholapaxie, par Freudenberg (Remplir le récipient de glycérine afin de conserver grâce à la différence des densités des deux liquides, une couche transparente permettant de voir les débris de calcul, au-dessus du liquide sanguinolent) (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) — Cystotomie sus-pubienne pour calcul vésical chez un vieillard de 78 ans, guérison, par Fort. (*Gaz des hôp.*, 25 août.) — Taille suspubienne pour calculs, par Houston. (*N.-York med. Journ.*, 22 août.) — Hydrocèle suppurée, rétention d'urine, calculs vésicaux, taille hypogastrique, par Delefosse. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Nouveau spéculum vésical pour la taille suspubienne, par Bruce Clarke. (*Brit. med. Jour.*, 4 juillet.) — Notes sur les calculs vésicaux, par Bangs. (*N.-York med. Journ.*, 15 août.) — Très petit calcul extrait par la taille hypogastrique, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Sur 4 cas de taille hypogastrique, par Puech. (*Montpellier méd.*, 16 août.) — Taille hypogastrique, rétrécissement de l'uretère, par Desnos. (*La Médecine mod.*, 2 juillet, p. 503.) — Sur la fermeture de la plaie vésicale dans la taille hypogastrique, par

Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Contribution à l'étude de la suture immédiate dans l'épicystotomie, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 1er octobre.) — Du traitement des fistules vésicales utérines, par V. Herff. (*Zeit. f. Geburts.*, XXII, 1.) — Traitement d'une fistule vésico-vaginale par la transplantation de la paroi vésicale, par Bardenheuer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Guérison de l'épispadias et de l'ectopie de la vessie, par Hoeftman. (*Ibid.*, XLII, 3.) — Un cas de taille pour hématurie vésicale, par Casper. (*Therap. Monats.*, sept.) — Extraction des sondes brisées dans l'urètre ou dans la vessie, par Desnos. (*Revue gén. de clin.*, 32 et 33.) — Cas exceptionnel de rupture de vessie, par Thomas. (*Brit. med. J.*, 14 nov.) — Traitement de la rupture de la vessie, par Cabot. (*Boston med. journ.*, 15 oct.) — Des tumeurs de la vessie, par Bujko. (*Vratch*, 23.) — Du diagnostic des néoplasmes vésicaux, par Guiard. (*Arch. de méd.*, sept.) — Sarcome secondaire avec inflammation diphtérique de la vessie, par Coen. (*Bull. sc. med. Bologna*, série VII, vol. II.) — Résection temporaire et partielle de la symphyse pour l'ablation des tumeurs vésicales, par Von Bremann. (*Berlin. klin. Wochens.* p. 477, 11 mai.) — De la cystopexie abdominale antérieure. —Rapport de Terrier sur des observations de Vlaccoz, de Dumoret et de Tuffier. (*Bull. soc. de chirur.*, XVI, p. 454.)

Vin. — Note critique sur le dosage du tanin dans les vins par l'acéto-tartrate de plomb ammoniacal, par Nicolle. (*Journ. de pharm.*, 15 août.)

Vision. — Du mélange des couleurs matérielles et de leurs contrastes simultanés, par Dopoff. (*Soc. de biol.*, 7 nov.)— Sur la théorie de l'antagonisme des champs visuels, par Chauveau. (*Acad. des sc.*, 12 oct.). — Instrumentation pour l'exécution de diverses expériences relatives à l'étude du contraste binoculaire par Chauveau. (*Ibid.*) — Sur le retard des impressions lumineuses, par Mascart. (*Acad. des sc.*, 27 juillet.) — La sphère visuelle et la conception de l'espace, par Munk. (*Int. Beit. z. w. Med. Fets. Virchow*, I.) — Recherches sur les images consécutives produites après une courte excitation de l'organe visuel, par C. Hess. (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, XLIX, p. 190.) — Recherches sur les couleurs subjectives, par A. Rollett. (*Ibid.*, XLIX, p. 1.)— De la valeur de la loi de Weber pour le sens lumineux, par O. Schirmer. (*Arch. f. Ophth.*, XXXV, 4)— La vision chez les employés de chemins de fer, discussion à l'Assoc. brit. (*Brit. med. J.*, 29 août.) — Sur les méthodes de numérotage des prismes, par Duane. (*Arch. of opht*, XX, 3.)

Vitiligo. — Du vitiligo, par Thibierge. (*Semaine méd.*, 28 oct.) — Sur un cas de vitiligo, par Mathieu. (*Soc. de dermat.*, *Paris*, 23 juillet.)

Vitré (corps). — Un cas d'abcès partiel du corps vitré, par E. Jacoby. (*Münch. med. Woch.*, p. 472.)

X-Z

Xérodermie. — Mélanose lenticulaire, progressive, xérodermie pigmentaire, par Stern. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 5.)

Zona. — Sur la névrite du zona, par Barthélemy. (*Soc. de dermat.*, *Paris*, 23 juillet.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Zur Entwickelungsgeschichte und feineren Anatomie des Hirnbalkens (Développement et anatomie fine du corps calleux), par L. BLUMENAU (*Arch. f. mik. Anat., XXXVII*, 1, *p*. 1).

Plusieurs faits du plus grand intérêt sont mis en lumière par les recherches de Blumenau. Le corps calleux, contrairement à ce que l'on croyait, ne se constitue pas tout d'une pièce, mais se développe peu à peu. Sa partie moyenne prend naissance en premier lieu (en avant et au-dessus du trou de Monro), puis le développement se poursuit dans les deux sens, en avant et en arrière, à partir de cet endroit. La formation des faisceaux calleux précède la fusion progressive de nouvelles zones des parois internes des hémisphères, et en est la cause directe. Cette fusion s'opère de telle sorte qu'une fois faite le corps calleux se trouve revêtu sur ces deux faces, supérieure et inférieure (sauf, pour celle-ci, à l'endroit où le corps calleux est accolé au corps du trigone), de toutes les couches dont est composée à ce moment la paroi interne de l'hémisphère embryonnaire.

Chez l'adulte, ces couches corticales persistent, sous forme de fibres à myéline et de cellules nerveuses, présentant des dispositions variables suivant les régions considérées (tout récemment Ramon y Cajal a confirmé l'existence des cellules nerveuses sus-calleuses). Le corps calleux, en un mot, est recouvert sur toute sa surface externe libre par une couche corticale dérivée de l'écorce embryonnaire, plus ou moins épaisse selon les endroits. A. NICOLAS.

Ueber die Entwickelung der Ganglien beim Hühnchen (Sur le développement des ganglions chez le poulet), par GOLDBERG (*Arch. für mikr. Anat., XXXVII*, 4).

Le cordon cellulaire, duquel dérivent les ganglions, est décidément

chez le poulet un produit direct de l'ectoderme, et ses connexions avec le tube médullaire sont secondaires. De ce cordon, que l'on peut appeler germe ganglionnaire, part de chaque côté un bourrelet cellulaire, le bourrelet ganglionnaire, visible dès la première moitié du deuxième jour. Cette saillie s'élargit en une masse ganglionnaire qui s'applique à la protovertèbre (deuxième moitié du troisième jour). La masse ganglionnaire s'enfonce ensuite de ce point le long du tube médullaire jusqu'au lieu d'émergence de la racine antérieure, entourant ainsi le canal médullaire d'un cordon cellulaire ganglionnaire (que l'auteur figure complètement annulaire); entre le tube nerveux et les cellules ganglionnaires qui lui sont accolées paraît une fente (première moitié du quatrième jour). La masse ganglionnaire se montre dès la fin du quatrième jour sous forme d'un ganglion bien distinct du canal médullaire, auquel les racines des nerfs le relient; sur une coupe longitudinale, on voit que les ganglions successifs correspondent aux segments du tube nerveux.

Quant aux ganglions de la tête, ils ont une double origine : les uns naissent d'un germe ganglionnaire, tout comme les ganglions spinaux ; les autres prennent directement origine sur les parois cérébrales. Parmi les premiers, Goldberg trouve : le ganglion de Gasser, le ganglion ciliaire, les ganglions acoustique, pétreux, jugulaire et noueux ou plexiforme. Des parois cérébrales prennent naissance le ganglion géniculé, les ganglions des nerfs optiques et les ganglions olfactifs. A. PRENANT.

Ueber die verschiedenen Lagen und Dimensionen... (Sur la situation et les dimensions variables des voies pyramidales chez l'homme et les animaux et sur l'existence dans leur intérieur de fibres caractérisées par leur développement précoce), par W. BECHTEREW (*Neurolog. Centralblatt*, n° 24, 1890).

Chez les enfants nouveau-nés on observe des différences relativement aux dimensions de la masse totale des voies pyramidales, consistant tantôt dans l'inégalité de développement des pyramides (la gauche l'emporte le plus souvent sur la droite), tantôt dans la faiblesse extrême, tantôt enfin dans l'accroissement considérable de ces formations. Chez les animaux le développement relatif des faisceaux pyramidaux est soumis dans les différentes espèces à de grandes variations qui paraissent dépendre non pas tant du plus ou moins de développement des membres que de l'activité fonctionnelle de ceux-ci. Leur situation dans la moelle varie aussi; ainsi par exemple chez le lapin il n'y a pas de voie pyramidale antérieure, et chez quelques rongeurs les faisceaux pyramidaux sont situés exclusivement dans le segment antérieur du cordon postérieur. L'auteur signale enfin l'existence de fibres pyramidales à myélinisation précoce paraissant constituer un système indépendant.

A. NICOLAS.

La structure des centres nerveux. La moelle épinière et le cervelet, par van GEHUCHTEN (*La Cellule*, *VII*, 1,).

Les résultats auxquels l'auteur est arrivé concordent parfaitement, au moins dans les points essentiels, avec les descriptions de Ramon y Cajal, de Kölliker, et confirment nombre de données avancées par Golgi.

Moelle épinière. Un des points qui a spécialement attiré l'attention de

van Gehuchten, c'est la façon dont se comportent les fibres des nerfs périphériques à leur entrée dans la moelle et les relations qui existent entre ces fibres et les cellules de la substance grise. Les fibres des racines antérieures deviennent les prolongements cylindraxiles des cellules de la corne antérieure appelées pour cette raison cellules radiculaires; les cellules radiculaires ont trois groupes de prolongements protoplasmatiques, un groupe interne entrant dans la constitution de la commissure antérieure, un groupe antéro-externe du milieu duquel sort le prolongement cylindraxile, un groupe antéro-postérieur enfin. Relativement aux fibres des racines postérieures, qui, comme His l'a montré, sont presque toutes d'origine ganglionnaire, l'auteur, à la suite de Ramon y Cajal, a vu, en effet, dans le ganglion spinal des cellules bipolaires émettant une fibre périphérique et une fibre centrale, et à côté de ces cellules des fibres qui ne font que traverser le ganglion pour se rendre directement à la moelle (embr. de poulet). Chez les mammifères où les cellules sont unipolaires, on peut voir le prolongement cylindraxile se diviser en T en une branche centrale grêle et une branche périphérique puissante; on trouve aussi des fibres qui se terminent librement dans le ganglion; mais l'auteur n'a pas pu observer les fibres découvertes et regardées comme sympathiques par Ramon y Cajal, qui se terminent en enveloppant le corps des cellules ganglionnaires. Les fibres qui proviennent d'une cellule du ganglion spinal pénètrent dans la moelle épinière, et, parvenues dans la « zone marginale des cornes postérieures » (région de substance blanche située en dedans ou en arrière de la substance gélatieuse de Rolando), elles se bifurquent en une branche descendante et une branche ascendante, fibres constitutives du cordon postérieur. Les fibres encore indivises et leurs branches de bifurcation émettent de fines collatérales, terminées librement en un point quelconque de la substance grise. Van Gehuchten indique comme région spéciale de terminaison des collatérales un champ triangulaire limité en avant par le faisceau moyen de la commissure postérieure et latéralement par un faisceau épais de collatérales venues du cordon postérieur. Quant à la terminaison des branches de bifurcation même des fibres postérieures, on voit les branches descendantes après un certain trajet se recourber à angle droit et se terminer librement dans la substance grise; nombre de branches ascendantes font de même, mais la plupart montent jusqu'à quelque masse grise des centres supérieurs telle que les noyaux des cordons de Goll et de Burdach. La constitution des cordons postérieurs étant connue, van Gehuchten passe à celle des cordons antéro-latéraux. Ceux-ci, outre les fibres d'origine cortico-cérébrale (faisceaux pyramidaux), dont plusieurs, probablement à chaque niveau, se recourbent à angle droit pour se terminer librement dans la substance grise ainsi que les collatérales qu'elles ont émises chemin faisant, contiennent des prolongements cylindraxiles de cellules médullaires que l'on peut distinguer des cellules radiculaires, productrices des racines antérieures, sous le nom de cellules des cordons et qui sont réparties dans toutes les régions de la substance grise. Le prolongement cylindraxile des cellules des cordons peut se rendre soit dans le cordon antéro-latéral du même côté, soit en passant par la commissure blanche antérieure dans celui du côté opposé, soit enfin après s'être bifurqué donner une de ses branches au cordon antéro-latéral d'un

côté et envoyer l'autre dans celui de l'autre côté ; le prolongement des cellules des cordons émet en outre des collatérales, qui, comme les autres collatérales, se terminent librement dans toutes les régions de la substance grise. La commissure blanche antérieure a une structure assez complexe ; elle est formée par l'entrecroisement des prolongements protoplasmatiques internes de certaines cellules radiculaires, des prolongements cylindraxiles de certaines cellules des cordons, de quelques collatérales des cordons antéro-latéraux, de cellules névrogliques ; et elle est traversée dans le sens antéro-postérieur par les prolongements périphériques des cellules épendymaires. La commissure postérieure est formée, comme l'a indiqué Ramon y Cajal, par trois faisceaux (antérieur, moyen et postérieur) de collatérales provenant des cordons latéraux et postérieurs et se terminant dans le plexus de la substance gélatineuse. Van Gehuchten, après un certain nombre de considérations générales, consacre quelques lignes à la substance gélatineuse de Rolando, à la substance gélatineuse centrale et aux cellules de névroglie.

Cervelet. L'auteur dit peu de choses des cellules de Purkinje, sur lesquelles il a retrouvé les collatérales du prolongement cylindraxile décrites par Golgi, qui retournent dans la couche moléculaire. La couche granuleuse ou couche interne de l'écorce cérébelleuse renferme trois espèces de cellules, comme l'ont décrit déjà Golgi, Ramon y Cajal et Kölliker ; ce sont : les grains ou petites cellules, les grandes cellules, les cellules névrogliques. Les grains ont un corps cellulaire réduit, trois ou quatre prolongements protoplasmatiques pénicillés à leur extrémité, et un prolongement cylindraxile qui remonte dans la couche moléculaire, où il se divise (Ramon y Cajal)) en deux branches terminales parallèles à la direction des lamelles de l'écorce cérébelleuse (fibres parallèles). Les grandes cellules sont pourvues de nombreux prolongements protoplasmatiques et leur prolongement cylindraxile se divise et se subdivise dès son issue du corps cellulaire en branches anastomosées en un plexus inextricable, mais dont les fibres terminales sont libres. Les cellules névrogliques sont, les unes pourvues de prolongements irradiés en tous sens, les autres munies du côté de la couche moléculaire d'un prolongement long et volumineux (fibre de Bergmann), qui traverse toute la couche moléculaire et se termine contre la pie-mère par un petit épaississement triangulaire. La couche moléculaire renferme un grand nombre d'éléments décrits par Golgi et Ramon y Cajal comme petites cellules de la couche moléculaire ; leurs prolongements protoplasmatiques se dirigent vers la surface libre du cervelet ; leur prolongement cylindraxile traverse la couche moléculaire suivant une direction antéro-postérieure (fibre horizontale de Ramon y Cajal), perpendiculaire à celle des lamelles cérébelleuses et des fibres parallèles ; il émet chemin faisant des collatérales qui descendent verticalement et se terminent par des touffes qui entourent le corps des cellules de Purkinje. La couche moléculaire renferme en outre de petites cellules nerveuses dont l'auteur n'a pu voir le prolongement de Deiters. Enfin, elle contient des fibres nerveuses courant dans trois directions : fibres parallèles ou branches terminales du prolongement cylindraxile des grains ; fibres horizontales ou prolongements cylindraxiles des cellules de la couche moléculaire ; fibres verticales, formées et par la portion verticale des prolongements cylindraxiles des

grains, et par les branches descendantes des prolongements cylindraxiles des cellules de la couche moléculaire, et enfin par les fibres de Bergmann des cellules névrogliques. La substance blanche renferme les trois sortes de fibres décrites par Ramon y Cajal : les prolongements de Deiters des cellules de Purkinje; des fibres d'origine inconnue, caractérisées par la présence de touffes de branches grêles situées, soit sur leur trajet, soit à leur terminaison (fibres mousseuses); des fibres d'origine aussi inconnue, terminées par un plexus dans la couche moléculaire. A. PRENANT.

Ueber die Entwickelung des Sehnerven (Sur le développement du nerf optique), par A. FRORIEP (*Anat. Anz.*, *VI,* 6, *p.* 155).

L'auteur montre, par l'étude d'embryons de sélaciens (stade M de Balfour) que les premières fibres du nerf optique prennent naissance dans l'ébauche rétinienne et s'accroissent le long du pédicule optique vers le cerveau, c'est-à-dire de la périphérie vers le centre. A. NICOLAS.

Die Nervenendkörperchen in der Cornea und Conjunctiva bulbi des Menschen (Les corpuscules nerveux terminaux dans la cornée et la conjonctive), par A. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXVII*, 4, *p.* 602).

Les corpuscules terminaux dans la cornée et la conjonctive bulbaire sont des formations sphériques ou allongées. Leur longueur peut atteindre 0,02 à 0,10 millimètres; leur largeur 0,02 à 0,08 millimètres. Ils sont entourés d'une capsule conjonctive possédant des noyaux dont quelques-uns appartiennent sans doute aux fibres à myéline. A l'intérieur du corpuscule il n'y a pas de cellules, mais rien que des fibrilles nerveuses pelotonnées, plongées dans une substance homogène ou légèrement grenue. Chaque corpuscule reçoit de une à trois fibres nerveuses qui se sont dépouillées de leur gaine de myéline à une certaine distance de lui, et se ramifient, après avoir traversé la capsule, en fines branches lesquelles se résolvent en fin de compte en fibrilles variqueuses entrecroisées et pelotonnées. Souvent on voit partir d'un corpuscule terminal plusieurs fibrilles qui se rendent à un autre corpuscule. Enfin, dans la cornée il existe des terminaisons nerveuses remarquables se présentant sous la forme de plaques arrondies ou quadrilatères à bords dentelés, dépourvues de noyau. Ce sont les « plaques nerveuses terminales ». Ces recherches ont été poursuivies à l'aide du bleu de méthylène et selon la méthode connue de l'auteur (*Voir R. S. M.* XXXVII, 426.) A. NICOLAS.

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par TROLARD (*Arch. de neurol.*, *nos* 60, 62, 64 *et* 65, 1891).

Les nerfs ou troncs olfactifs, au niveau de l'espace perforé antérieur, forment, par l'étalement de leur substance grise et par l'irradiation de leurs fibres blanches émanant de l'arc olfactif, une sorte de zone radiculaire. Par sa structure et ses connexions, cette plaque, qui occupe tout l'espace perforé, mérite le nom de carrefour ou de champ olfactif.

Ce carrefour est mis en relation par la bande diagonale d'abord avec la moelle prolongée. Un faisceau médullaire, qui prend très probablement son origine sur le plancher du 4e ventricule, à côté et en dehors de l'ori-

gine du facial, émerge de la protubérance annulaire à l'extrémité postérieure de l'espace perforé postérieur. Placé à côté de son congénère, il délimite cet espace perforé. Après être entré en connexion avec l'éminence mamillaire, il continue son trajet d'arrière en avant, passe sous la bandelette optique et va s'unir à la bande diagonale.

Ces connexions constituent le premier arc ou arc rachidien.

Le carrefour est ensuite mis en communication avec le tubercule antérieur de la couche optique. La bande diagonale par son angle postéro-externe donne naissance à un ruban, ruban péri-optique, qui, après avoir fourni le filet du sillon opto-strié, tœnia, contourne la couche optique et va aboutir au tubercule antérieur : c'est l'arc intermédiaire.

Du tubercule antérieur de la couche optique, part une voie de conduction reliant le tubercule au noyau cortical. Cette voie de conduction est constituée par les piliers du trigone ou bandelettes olfactives, dont les faisceaux s'entre-croisent en partie, formant le chiasma olfactif. Les éminences mamillaires font partie de cette portion de l'appareil olfactif (corps genouillés et tubercules quadrijumeaux supérieurs), ainsi que le septum lucidum ou racine grise du chiasma. C'est l'arc cérébral.

La formation godronnée constitue le noyau cortical de l'olfaction. Ce centre est mis en communication directe avec le carrefour par la continuité de la bande diagonale : 1° en dehors avec l'extrémité antérieure de la formation godronnée; 2° en dedans avec le prolongement supérieur du corps godronné et les nerfs de Lancisi; 3° avec l'arc cérébral, par les piliers antérieurs. C'est l'arc direct. DESCOURTIS.

Le bulbe olfactif chez quelques mammifères, par van GEHUCHTEN et MARTIN (*La Cellule*, *VII*, 2).

On peut distinguer dans le bulbe olfactif trois couches qui sont, en allant de la surface vers la cavité centrale :

1° Une couche de fibrilles olfactives. Ce sont les prolongements cylindraxiles des cellules bipolaires de la muqueuse qui vont se terminer *librement* soit directement, soit après s'être bifurqués, dans les glomérules.

2° Une couche moyenne de cellules nerveuses volumineuses (cellules mitrales), dont le prolongement cylindraxile va devenir une fibre nerveuse de la substance blanche, et dont les prolongements protoplasmatiques se terminent : les *horizontaux*, librement dans la couche moyenne elle-même; le *descendant* par une arborisation complexe et libre, dans un glomérule olfactif.

A la limite externe de cette couche on trouve une rangée irrégulière de glomérules. Les ramifications terminales des fibrilles olfactives et celles du prolongement descendant des cellules mitrales sont les seuls éléments essentiels qui semblent entrer dans leur constitution.

3° Une couche de substance blanche riche en fibres nerveuses qui sont les prolongements cylindraxiles des cellules nitrales et peut-être aussi d'autres éléments situés dans la zone externe de la substance blanche. Toutes ces fibres émettent des collatérales, les unes horizontales, les autres descendantes. Celles-ci se ramifient entre les cellules mitrales et dans la zone interne de la substance grise.

Cette 3e couche est riche aussi en éléments que l'on désigne sous le nom de *grains* et qui sont de nature très diverse.

Telles sont les conclusions de cet intéressant travail; elles résultent de l'étude de bulbes de divers animaux traités par la méthode rapide de Golgi. A. NICOLAS.

Cévy Krevni a nervy... (Sur les vaisseaux sanguins et les nerfs des membres supérieurs chez l'homme et chez quelques autres animaux), par JANOSIK (*Archives bohêmes de médecine, IV*, 2).

Janosik a examiné le développement des vaisseaux sanguins et des nerfs du membre antérieur chez l'homme, chez plusieurs mammifères et chez les oiseaux. Le membre en développement reçoit une artère qui vient de l'aorte et qui débouche dans la veine ombilicale, faisant ainsi une anse; il y a en même temps, plus près de la racine du membre, une veine qui débouche dans la veine cardinale inférieure et une autre qui se jette dans la veine ombilicale, toutes deux étant réunies par un réseau de capillaires; plus près de l'extrémité du membre il y a encore une petite artère qui part de l'aorte et une veinule qui aboutit à la veine ombilicale, reliées par un réseau (e. du poulet du quatrième jour). Plus tard l'artère principale cesse d'être fournie par l'aorte directement et naît de la sous-clavière; la veine cesse de se jeter dans la veine ombilicale. Cette artère est la brachiale ou humérale, qui forme la radiale; une autre artère paraît ensuite à côté d'un nerf, derrière l'humérus; c'est l'humérale profonde, réunie par une anastomose (récurrente radiale) avec la radiale. Plus loin, la brachiale fournit la cubitale, puis se prolonge sous le nom d'artère médiane entre le cubitus et le radius, représentant alors l'artère principale de l'avant-bras, l'artère cubitale et plus tard l'interosseuse commune n'étant que des branches collatérales. La veine principale est la veine céphalique de l'adulte, mais ne lui correspond pas exactement. Les nerfs cubital et médian sont fusionnés d'abord jusqu'au pli du coude et ne se séparent que parvenus à cet endroit; le nerf radial est un fort cordon reconnaissable dès le début par sa situation derrière l'humérus. A. PRENANT.

Ueber die Kaliberverhältnisse... (Sur le calibre des fibres musculaires striées de l'homme), par G. SCHWALBE et R. MAYEDA (*Zeits. f. Biologie, XXVII, p.* 482).

Les auteurs ont mesuré le diamètre d'un grand nombre de fibres musculaires appartenant à différents muscles de l'homme (100 fibres par muscle). Ils ont pour chaque muscle construit au moyen de ces mesures une courbe de calibre dans laquelle l'abscisse correspond aux diamètres des fibres et les ordonnées aux nombres de fibres présentant le même diamètre. LÉON FREDERICQ.

Beitrag zur Kenntniss des inneren Baues der quergestreiften Muskelfasern (Sur la structure intime des fibres musculaires striées), par N. MIHALJLOVITS (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 266, 1891).

L'auteur a constaté que les bandes transversales obscures qui concourent à constituer la strie transversale de la fibre musculaire striée

peuvent, dans certaines circonstances se déplacer à l'intérieur du sarcolemme. Elles se résolvent parfois en granulations irrégulièrement disposées qui, ultérieurement reprennent leur groupement respectif et réapparaissent sous l'apparence de bandes transversales. Il en conclut que les membranes également admises comme limitant les segments musculaires successifs (disque intermédiaire) n'existent pas et que la fibre musculaire est formée d'un système de tubes parallèles, longitudinaux remplis d'une substance semi-liquide dans laquelle se trouvent librement suspendues des particules obéissant à leur attraction réciproque qui se groupent en bandes transversales alternant régulièrement avec des bandes claires. L'auteur se rallie donc à la théorie exposée par Jendrassik en 1878. LÉON FREDERICQ.

I. — Attraktionssphären und Centralkörper u. s. w. (Sphères attractives et corps centraux dans les cellules somatiques et les cellules migratrices), par FLEMMING (*Anat. Anzeiger*, n° 3, 1891).

II. — Ueber Pigmenteinschlüsse u. s. w. (Sur les inclusions pigmentaires dans la sphère attractive des chromatophores au repos), par SOLGER (*Ibid.*, n°s 9-10, 1891).

III. — Zur Kenntniss der « Zwischenkörper » sich teilender Zellen (Sur l'étude des « corps intermédiaires » des cellules en division), par SOLGER (*Ibidem*, n° 17, 1891).

IV. — Zur Kenntnis des Flemming'schen Zwischenkörperchens (Sur la connaissance du corpuscule intermédiaire de Flemming), par GEBERG (*Ibidem*, n° 22, 1891).

I. — Jusqu'à présent, à part les observations de Solger sur les cellules pigmentaires des poissons, et une constatation de Rabl, on n'a pas décrit les sphères attractives et les corps centraux dans les cellules somatiques. Flemming trouve l'irradiation sphérique et le corps central dans les leucocytes au repos de la salamandre. Il retrouve le corps central pour les cellules fixes (cellules endothéliales et conjonctives du péritoine). Le corps central est beaucoup plus gros dans les cellules migratrices que dans les cellules fixes, et il y est entouré d'une irradiation qui fait toujours défaut dans ces dernières. Le corps central est appliqué contre le noyau; sur l'une de ses faces le plus souvent, quand le noyau est allongé, dans sa concavité, s'il est réniforme. On ne voit le corps central que dans quelques cas; différentes circonstances font qu'il peut échapper. Le plus souvent il est double, composé de deux corpuscules parfois réunis par une bande délicate, qui est manifestement la première indication du fuseau décrit par Hermann dans les spermatocytes de la salamandre. Quand le corpuscule est unique, il n'a que la grosseur de l'un des corpuscules du corps central double, ce qui peut faire penser qu'il y a un autre corpuscule caché sous le premier. On connaît d'ailleurs bien des cas de corps central simple, celui des leucocytes par exemple. Ces formations se rencontrent dans des noyaux parfaitement quiescents, ce qui vient confirmer la proposition de van Beneden : les sphères et les corps centraux sont des organes permanents de la cellule.

II. — Dans les chromatophores des poissons, l'auteur constate l'exis-

tence de grains pigmentaires situés en dedans de la zone claire (médullaire) de la sphère attractive; leur nombre a pu être déterminé approximativement dans quelques cas; souvent ces grains étaient disposés en rangée circulaire autour d'un centre clair (centrosome?) demeuré libre.

III. — Dans l'amnios du rat pendant la première moitié de la gestation, on peut trouver, parmi les nombreuses cellules en division qui se présentent à l'observation dès le stade de dyaster dépassé, durant le stade de spirème, et jusqu'à l'état de repos, des cellules reliées par un pont de substance qui contient un corps en forme de bâtonnet, plus coloré que la masse du corps cellulaire et moins que la chromatine. Une autre fois, la formation en question était de forme losangique, la grande diagonale du losange allongée suivant l'axe d'union des cellules ; la courte diagonale était occupée par un grain coloré en rouge. Il s'agit là du « corps intermédiaire » (Zwischenkörper) de Flemming.

IV. — Le corpuscule décrit par Flemming, à l'endroit de séparation des deux cellules-filles, et regardé par lui comme l'équivalent d'une plaque cellulaire végétale, se trouve dans la cornée du triton, non pas seulement au stade de dispirème, où l'avaient observé exclusivement (?) Flemming et Solger, mais encore dès la phase de dyaster. Le corpuscule de Geberg a d'ailleurs exactement les mêmes caractères que ceux décrits par Flemming et par Solger. A. PRENANT.

Kerntheilung durch indirecte Fragmentirung... (Division nucléaire par fragmentation indirecte dans la couche marginale lymphatique du foie de la salamandre), par E. GÖPPERT (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXVII*, 3, *p.* 375).

La division débute par la perforation du noyau. Ce processus est le résultat de l'étranglement localisé de la substance nucléaire, commençant à l'un des pôles, puis s'enfonçant de plus en plus jusqu'à ce que le noyau soit troué de part en part. La forme annulaire ainsi réalisée est le point de départ de la fragmentation qui s'opère par des cloisons radiaires partant de la périphérie de l'anneau et s'avancant vers le centre. Une fois le cloisonnement effectué, les fragments qui jusqu'alors se touchaient par des surfaces planes, commmencent à s'arrondir et deviennent indépendants les uns des autres. Il n'est pas rare toutefois que des noyaux-filles restent unis, tandis qu'ils sont en train de s'écarter, par un pont d'union achromatique de plus en plus étiré et finalement rompu. Pendant toutes les phases de division la membrane nucléaire reste intacte; les travées du réseau chromatique un peu épaissies s'agencent radiairement par rapport au trou central. Ce sont là les seuls changements intimes que l'on puisse apprécier. Ils suffisent cependant pour assimiler ce processus de division à celui de la fragmentation indirecte telle que l'a décrite pour la première fois Arnold. A. NICOLAS.

Das Vorkommen und die Bedeutung der eosinophilen... (La présence et la signification des cellules éosinophiles; leurs relations avec la théorie des bioblastes d'Altmann), par J. WEISS (*Wiener mediz. Presse*, *n° 41 et suiv.*, 1891).

Ce travail comprend trois paragraphes : 1° les cellules à granulations éosinophiles dans le sang. L'auteur les étudie dans le sang normal, puis

dans le sang de leucémiques et à ce propos critique les observations de Müller. Il rapporte ensuite un cas de tumeur de la rate avec augmentation des cellules éosinophiles dans le sang.

2° Les cellules à granulations éosinophiles dans les crachats chez des malades atteints d'asthme ou de bronchite chronique.

3° La signification de ces mêmes cellules. La théorie d'Altmann permet de considérer les granulations éosinophiles comme des bioblastes agglomérés en zooglées. Celles-ci se forment d'une façon permanente dans la moelle des os et, à l'état normal, passent dans le sang en petit nombre, tandis qu'à l'état pathologique elles s'y portent en grande quantité ou subissent des transformations donnant lieu aux diverses variétés actuellement connues. La réaction change en même temps. Les formes primitives seules seraient acidophiles. On ne saurait dire s'il existe des lieux de formation de cellules à grains éosinophiles autres que la moelle des os. Peut-être peuvent-elles prendre naissance dans des néoplasmes.

A. NICOLAS.

Nouvelles recherches sur la division cellulaire indirecte, par L. F. HENNEGUY (*Journal de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1891).

Ces études, qui ont porté sur la division des cellules embryonnaires de la truite, pendant les premiers stades de la segmentation, ont eu pour objet principal la recherche du rôle des éléments auxquels van Beneden a donné le nom de *sphères attractives* et de *corpuscules polaires*. L'auteur donne d'abord de précieuses indications techniques sur la fixation des pièces, et sur leur coloration, pour laquelle il fait usage du permanganate de potasse comme mordant énergique vis-à-vis des couleurs d'aniline, ce qui permet d'obtenir des éléments colorés d'une façon parfaitement élective et d'une manière absolument stable. Dans ces conditions on constate que toute cellule à l'état de repos possède deux sphères attractives, tantôt situées toutes deux d'un même côté du noyau, tantôt placées aux deux extrémités d'un même diamètre; en tout cas, le premier phénomène précurseur de la division du noyau est l'éloignement des deux sphères attractives l'une de l'autre, et la disposition des granulations du protosplama en rayons partant de chacune de ces sphères. Avec la disparition de la membrane du noyau se fait la pénétration, dans les noyaux, des rayons de ces asters (fuseau achromatique). Au centre de chaque sphère attractive est un corps central, ou centrosome, qui, au moment du dédoublement de la plaque équatoriale, s'allonge perpendiculairement à l'axe du fuseau et se divise en deux corpuscules colorés. C'est la première indication des deux sphères attractives qui appartiendront à la cellule-fille correspondante, c'est-à-dire que, chez la truite, la cytodiérèse est si active que les organes élémentaires en question se divisent de très bonne heure, avant la reconstitution du noyau-fille. Si au contraire, comme dans les cas observés par van Beneden et Boveri, une période de repos assez longue sépare deux diérèses successives, la sphère attractive et son centrosome restent indivis pour ne se dédoubler que plus tard et déterminer la karyodiérèse. Il n'y a donc qu'une contradiction apparente entre les observations de Henneguy qui a toujours trouvé deux sphères attractives et deux centrosomes pour chaque noyau, et celles des auteurs précédemment cités qui, de même que

Flemming, admettent que la sphère attractive, unique dans la cellule à l'état de repos, ne se dédouble qu'au moment de la cytodiérèse.

Quant à la constitution de ces sphères attractives et quant à la structure du fuseau achromatique, les conclusions de l'auteur sont les suivantes : dans la cellule à l'état de repos, la sphère attractive est constituée par le corpuscule central, ou centrosome, et par une petite zone de protoplasma, de laquelle partent des rayons courts et divergents dans tous les sens. Le premier indice de l'entrée en activité de la sphère attractive est la différenciation autour d'elle d'une zone protoplasmique granuleuse ayant plus d'affinité pour les matières colorantes que le reste du protoplasma. Cette zone s'accroît petit à petit en s'éloignant de la sphère attractive. Il en résulte la formation autour de celle-ci d'un espace clair, au centre duquel le corps de la sphère attractive cesse d'avoir des contours nets et n'est plus représenté que par une petite tache claire renfermant le centrosome. L'aster, une fois bien constitué, s'est substitué petit à petit à la sphère attractive.

Un autre détail important est relatif à l'achèvement des noyaux-filles. D'après Flemming, ils repasseraient en sens inverse, par les mêmes phases que le noyau-mère a traversées pour, de l'état de repos, arriver à la phase de la plaque équatoriale. Or il n'en est rien; les noyaux-filles se réédifient aux dépens des chromosomes des dyasters qui prennent un aspect spongieux, dans leur ensemble, chacun d'eux formant un petit boyau dont la partie centrale est claire et homogène, dont la phériphérie est fortement colorée en une série de petites granulations; au fur et à mesure que ces boyaux se rapprochent du centre de l'aster, ils prennent une forme vésiculeuse plus nette et plus arrondie; les vésicules augmentent de volume, deviennent polyédriques par pression réciproque, se soudent, et les granulations colorées de leurs parois se disposent en séries linéaires entre-croisées et anastomosées pour former le réseau chromatique du noyau à l'état de repos; les parois externes des vésicules situées à la périphérie persistent au contraire pour donner la membrane du noyau. M. DUVAL.

Contribuzioni alla morfologia del timo, par F. CAPOBIANCO (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e naturalisti*, p. 59, 1891).

Les corpuscules concentriques du thymus sont formés d'éléments épithéliaux et lymphoïdes, et les phases successives par lesquelles ils passent sont dues soit à la métamorphose régressive des éléments épithéliaux d'où résulte originellement la formation de l'organe, soit à celle des corpuscules lymphoïdes qui y parviennent plus tard par immigration. Par suite de cette migration, les éléments lymphoïdes ou bien se réunissent vers la partie interne pendant que les éléments épithéliaux se disposent à la périphérie, ou bien, sans pénétrer à l'intérieur, s'accumulent à côté. Ces formations n'apparaissent pas à la période d'involution, mais elles suivent toutes les phases de l'organe depuis le début de son développement, et se modifient en raison inverse de l'âge, présentant leur maximum dans les phases primordiales de son développement et devenant plus simples à mesure que l'organe se développe. Leur disposition n'est pas arbitraire; en raison de la genèse de l'organe, elles sont de moins en moins nombreuses à mesure qu'on s'éloigne de son extrémité

cervicale pour se rapprocher de son extrémité cardiaque. La transformation graisseuse occupe non seulement le tissu connectif qui pénètre l'organe et en unit les lobules, mais encore celui qui entoure les vaisseaux préexistants. Il n'y a pas de canal central ; les vaisseaux centraux, à paroi mince et à trajet spécial, pourraient faire croire à tort à son existence. GEORGES THIBIERGE.

Ueber das Vorkommen eosinophiler Zellen... (Sur la présence de cellules éosinophiles dans le thymus chez l'homme), par J. SCHAFFER (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, *n°* 23, 6 *juin* 1891).

On trouve dans le thymus comme dans la rate et la moelle des os des cellules éosinophiles typiques, répondant à la description d'Ehrlich.

A côté de ces cellules à grosses granulations, on en trouve d'autres de forme et de volume semblables, mais à fines granulations, représentant un stade antérieur d'évolution, et enfin des cellules non ou très faiblement granulées, mais se colorant fortement par l'éosine. Ces cellules ne semblent pas dériver des leucocytes ordinaires. Schaffer ne trouva que la dernière variété dans le thymus d'un embryon de 11 à 12 semaines.

Ces cellules éosinophiles se développent probablement à la périphérie du thymus en voie de croissance. On y observe en effet des îlots de leucocytes uninucléés se multipliant sur place sans doute par mitose, puisque par l'examen dans le liquide de Müller on y trouve des figures mitosiques mal conservées d'ailleurs. Autour du noyau volumineux, on voit une légère couche de protoplasma, qui devient plus abondant sur des cellules voisines et fixe d'une façon intense l'éosine. PAUL TISSIER.

Le développement du sang dans le foie embryonnaire, par O. van der STRICHT (*Archives de biologie*, *XI*, 1, *p.* 19).

Après un historique de la question, van der Stricht étudie successivement le foie chez des embryons de sélaciens, d'amphibiens et de poulet, montrant que dans ces deux derniers groupes seulement cette glande joue un rôle actif dans la formation des globules, puis passe à l'étude du même organe chez les mammifères. Il envisage :

1° Le parenchyme hépatique ou les cellules du foie, riches en granulations graisseuses et se multipliant par division karyocinétique.

2° Le système vasculaire hépatique. Dans les premiers stades de la vie intra-utérine le foie est constitué par des travées cellulaires disposées en réseau. Dans les mailles de celui-ci sont logés les capillaires inter-trabéculaires. Puis apparaît le réseau capillaire intra-trabéculaire qui finit par prendre un développement prépondérant. C'est dans son intérieur que se trouvent les érythroblastes fixes, et il mérite pour cette raison le nom de réseau capillaire hématopoïétique.

3° Le contenu des vaisseaux comprenant :

a) Les érythroblastes, d'où dérivent les globules rouges. Des premiers érythroblastes du foie proviennent de jeunes globules rouges nucléés, existant dans le sang en circulation dès l'apparition de ce liquide chez l'embryon. Ils sont plus ou moins chargés d'hémoglobine, mais plus tard les produits de leur multiplication sont des érythroblastes incolores. La production d'érythroblastes nouveaux se fait par division indirecte d'érythroblastes préexistants.

La transformation des érythroblastes en globules rouges adultes s'opère par une série de modifications portant sur le noyau et sur le protoplasma cellulaire, et aboutissant à la sortie du noyau. Le plus souvent l'érythroblaste privé de son noyau doit encore se charger de la totalité ou d'une partie de son hémoglobine. Enfin, après avoir quitté le corpuscule sanguin, le noyau demeure libre, subit une série d'altérations dégénératives qui aboutissent à sa destruction complète, soit à l'intérieur du sang (par chromatolyse), soit à l'intérieur de certains éléments (par phagocytose).

b) Les globules blancs. Dans les premiers stades du développement hépatique le globule blanc est phagocyte et joue un rôle dans la destruction des noyaux érythroblastiques devenus libres.

c) Les cellules géantes. Le protoplasma de ces éléments présente souvent une différenciation en couches distinctes ; souvent aussi des vacuoles, et des prolongements pseudopodiques. Ces cellules jouent également un rôle dans la destruction des noyaux des globules rouges nucléés. Les cellules à noyaux bourgeonnant n'interviennent en rien dans la formation des globules rouges. Elles se multiplient par division directe en deux ou plusieurs cellules-filles et montrent souvent des figures de cinèse multiple. Il ne faut donc pas les considérer comme des éléments en voie de métamorphose régressive, mais comme des cellules douées d'une vie propre et chargées d'un rôle déterminé. A. NICOLAS.

Dell' inesistenza di ossa pre-e post-frontali nel cranio umano e dei mammiferi, con un'appendice sulla questione dell' osso sfenotico dei mammiferi, par C. STAURENGHI (*In*-8°, *p*. 105, *Milan*, 1891).

Une première partie comprend l'étude historique des os dits frontaux, depuis les vertébrés inférieurs jusqu'aux mammifères. La seconde renferme les observations originales de l'auteur, desquelles il résulte que, ni chez l'homme, ni chez les mammifères, il n'existe de points d'ossification complémentaires du frontal. Chacun de ces os se développe par un centre unique. Il n'y a donc pas d'os frontaux complémentaires, contrairement à ce que disent nombre d'auteurs.

Dans l'appendice, Staurenghi recherche si, dans le squelette céphalique de l'homme et des mammifères, on trouve d'autres os homologues des frontaux complémentaires des vertébrés inférieurs, en particulier le sphénotique. Il conclut également par la négative.

Enfin, il termine par l'exposé des résultats relatifs aux os épiptériques auxquels l'a conduit l'examen d'un grand nombre de crânes. Aux trois groupes d'os épiptériques typiques établis par Fiçalbi, Staurenghi ajoute un quatrième comprenant l'épiptérique supérieur et l'épiptérique inférieur. A. NICOLAS.

Veines jugulaires superficielles. Tronc artériel thyro-cervical, par P.-E.-M DUVAL (*In*-8°, *Paris*, 1891).

A propos d'un certain nombre d'anomalies veineuses et artérielles rencontrées sur un même sujet dans la région du cou, l'auteur insiste sur certaines dispositions normales déjà décrites, mais négligées par la plupart des anatomistes. Il s'agit d'une part de la portion horizontale

rétro-claviculaire de la veine jugulaire externe, et d'autre part du tronc artériel thyro-cervical (Marcellin Duval.)

Ce tronc, qui donne naissance à la thyroïdienne inférieure, à la scapulaire supérieure et à la cervicale transverse superficielle, représente l'état normal. La cervicale transverse profonde ou scapulaire postérieure naît d'habitude en dehors des scalènes et peut être suppléée par la transverse superficielle. A. NICOLAS.

Veines de la main et de l'avant-bras, par THIBAUDET (*Thèse de Paris*, 1891).

La paume de la main est entourée par un cercle veineux superficiel complet et fermé dans lequel aboutissent toutes les veines superficielles de la paume de la main. Ce cercle veineux péri-palmaire est formé : 1° en dehors par la céphalique du pouce; 2° en dedans par la salvatelle; 3° en bas par la grande anastomotique palmaire sous-cutanée; 4° en haut par un pinceau veineux, qui forme l'origine de la veine médiane de l'avant-bras. C'est dans les diverses branches constitutives de ce cercle que se jettent les veinules si nombreuses qui couvrent toute la paume de la main de leurs mailles fines et multipliées. A. NICOLAS.

Ueber die Entwickelung der Extremitätsvenen bei den Amnioten (Sur le développement des veines des extrémités chez les Amniotes), par HOCHSTETTER (*Morph. Jahrbuch*, *XII*, 1).

Il existe une ressemblance complète, sous le rapport du développement des veines des membres, entre les embryons de lézard, de poulet et de lapin. De même les dispositions sont essentiellement identiques au membre antérieur et au membre postérieur. Il résulte de ces deux faits la possibilité d'établir des homologies entre les veines des membres chez les différents amniotes et des homodynamies entre les veines du membre antérieur et celles du membre postérieur.

Dans l'un et l'autre des trois types qu'il a étudiés, l'auteur trouve des veines primitives, des veines secondaires et des veines tertiaires (veines profondes). Relativement à l'équivalence des troncs veineux primitifs du membre antérieur et du membre supérieur, on peut écrire tronc veineux antérieur radial = tronc antérieur tibial, tronc postérieur cubital = tronc postérieur péronéal; indépendamment de leur ressemblance topographique, les veines antérieures radiale et tibiale ont de commun leur faible développement et souvent même leur disparition partielle ou totale, les veines postérieures cubitale et péronéale au contraire, leur grand développement temporaire ou définitif. Les différences qui se manifestent dans l'apparition et le sort des veines secondaires suivant les membres et suivant les types, s'expliquent par l'adaptation fonctionnelle du membre, laquelle varie également du membre antérieur au membre postérieur et d'un type à l'autre. Quant aux veines tertiaires, elles sont caractérisées par leur apparition tardive et leur situation profonde.

En raison de la constance de ces dispositions veineuses primitives, on peut penser qu'elles existent et se conservent en partie aussi chez l'homme. Une observation de His et une observation personnelle conduisent l'auteur à admettre ici l'existence d'une veine marginale de la main. La veine cubitale (comme chez le lapin) persiste seule (v. basi-

lique de l'avant-bras, v. basilique du bras, v. axillaire et sous-clavière), et éprouve dans sa région proximale, par rapport à l'artère et au plexus brachial, des déplacements de même nature que chez le lapin. La veine céphalique et son anastomose au pli du coude avec la veine basilique sont des vaisseaux secondaires, dont le développement est ici encore en rapport avec la destruction de la veine marginale de la main, due elle-même à l'apparition de l'ébauche des doigts; c'est à cette dernière cause, déterminant l'appauvrissement de l'apport sanguin dans la veine basilique de l'avant-bras, qu'il faut aussi attribuer le peu de développement de celle-ci chez l'homme. La veine céphalique de l'avant-bras, la veine médiane cubitale et la veine basilique du bras représentent ensemble la veine capitale de Bardeleben. Au membre postérieur, de toutes les voies veineuses primitives, il ne persiste que la portion jambière de la veine péronéale, la petite saphène ; celle-ci peut néanmoins se prolonger plus ou moins haut dans la cuisse, quand au lieu de communiquer avec la poplitée elle s'ouvre dans une veine perforante, ou même pénètre dans le bassin sous forme de veine ischiatique. En tout cas normalement la veine ischiatique disparaît. Il ne se développe pas de veine tibiale antérieure, mais une saphène interne puissante. La veine fémorale est un vaisseau tertiaire. En conséquence, la petite saphène et la basilique anti-brachiale sont homologues, la céphalique et la saphène interne sont des veines secondaires ; quant à la v. fémorale et iliaque externe elle n'offre aucune homologie avec la v. axillaire et sous-clavière, ni par sa situation ni par son origine.

L'auteur termine en s'élevant avec Ruge et Gegenbaur contre les idées de Baader et de Krause, pour lesquels il existe un stade indifférent, en réseau, du système vasculaire primitif, suivi de la différenciation des artères et des veines aux dépens de certaines voies de ce réseau vasculaire.

A. PRENANT.

I. — Ueber die Nasenhöhle u. s. w. (Sur la cavité nasale des mammifères supérieurs et de l'homme), par SEYDEL (*Morph. Jahrbuch*, *XVII*, 1).

II. — Ueber die Bildung der inneren Nasengänge oder primitiven Choanen (Sur la formation des canaux nasaux profonds ou choanes primitives), par HOCHSTETTER (*Verhandl. d. Anat. Ges.*, 1891).

III. — Die Siebbeinmuscheln des Menschen (Les cornets ethmoïdiens de l'homme), par ZUCKERKANDL (*Anat. Anzeiger*, n° 1, 1892).

I. — Seydel donne d'abord le schéma des fosses nasales. Il oppose le cornet inférieur (cornet nasal ou maxillo-turbinal) aux autres cornets ou cornets ethmoïdaux, seuls en relation avec la plaque criblée de l'ethmoïde et seuls à porter à leur surface les ramifications du nerf olfactif. Parmi les cornets ethmoïdaux, l'un tient une place spéciale par sa forme, son origine et d'autres caractères ; c'est le naso-turbinal ou cornet antérieur. Les autres cornets ethmoïdaux peuvent être partagés en deux groupes : les uns, cornets ethmoïdaux proprement dits, sont attachés à la paroi des fosses nasales; les autres se trouvent dans les sinus, des parois desquels ils émanent. Le naso-turbinal est constant; il commence en arrière sur le bord supérieur et antérieur de la lame criblée et se dirige, placé dans l'angle de la paroi supérieure et de la paroi latérale de la ca-

vité nasale, vers l'ouverture antérieure des fosses nasales qu'il atteint souvent. Entre le naso-turbinal et la paroi nasale formée par le frontal, le lacrymal et le prolongement frontal du maxillaire supérieur, se trouve un espace dans lequel débouche le sinus frontal. De la partie moyenne du naso-turbinal descend sur la paroi latérale des fosses nasales un prolongement, le *processus uncinatus*, en rapport avec l'ouverture du sinus maxillaire dont il forme la lèvre inférieure et antérieure. Les cornets ethmoïdaux proprement dits présentent tous la même constitution. Sur chacun d'eux on peut distinguer : 1° la lamelle basale ou lamelle d'origine, par laquelle le cornet s'attache à la paroi nasale; 2° la partie enroulée ou volute. Les lamelles basales commencent à la lame criblée et s'élevant de la paroi latérale de la fosse nasale, elles se dirigent à peu près parallèlement les unes aux autres en avant et en bas pour se terminer sur une bandelette plus ou moins nette (bandelette collectrice), dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Chaque lamelle basale sert d'implantation à une ou deux volutes principales et à une ou deux volutes accessoires. Les cornets avec leurs volutes sont de deux ordres : les uns s'étendent par leurs volutes jusqu'à la cloison des fosses nasales et peuvent être appelés cornets principaux ; les autres, étendus moins loin vers la ligne médiane, sont plus ou moins cachés par les précédents et peuvent en être distingués comme cornets accessoires. Il y a d'ailleurs, suivant le mode d'enroulement, deux types différents de volutes. La région olfactive, ci-dessus décrite, est séparée du conduit naso-pharyngien par la « lame terminale » de Zuckerkandl, plaque osseuse, qui partant de la face inférieure du sphénoïde, se dirige horizontalement en avant entre la cloison et la paroi latérale des fosses nasales. Trois cavités accessoires sont constamment en communication avec la cavité nasale ; le sinus frontal, le sinus sphénoïdal et le sinus maxillaire. Le sinus frontal est rempli dans la totalité ou seulement dans la portion inférieure de sa cavité par des cornets ; il s'ouvre dans l'espace que limite en dedans le naso-turbinal. Le sinus sphénoïdal est plus ou moins rempli par l'extrémité postérieure des cornets postérieurs. Le sinus maxillaire s'ouvre par un orifice situé au niveau de l'extrémité postérieure du maxillo-turbinal. Une plaque osseuse dépendante de l'ethmoïde, la plaque maxillaire, forme la paroi interne du sinus et le sépare en haut de la région nasale olfactive, en bas du conduit naso-pharyngien ; le bord inférieur de cette plaque repose sur la voûte palatine ; son bord antérieur, formé par la bandelette collectrice des cornets, limite en arrière l'orifice du sinus. La limite antérieure de l'ouverture est formée par le *processus uncinatus* du naso-turbinal, qui quelquefois peut même plonger dans l'intérieur du sinus. Contrairement aux autres sinus, qui sont pourvus de cornets et représentent de véritables dépendances des fosses nasales, le sinus maxillaire en est toujours privé.

Seydel étudie successivement les fosses nasales des différents simiens, et montre en quoi le type de chaque groupe diffère du type schématique.

II. — Hochstetter donne des connexions des fosses nasales chez l'embryon du chat et celui du lapin un schéma qui diffère de celui que l'on a donné pour l'homme sur les points principaux suivants. Chez le lapin et le chat il n'existe pas, comme chez l'homme, de communication primi-

tive entre la fossette nasale et la cavité buccale sous forme de sillon nasal. La fossette nasale est séparée de la cavité buccale par la fusion des lames épithéliales qui tapissent les bourgeons nasaux interne et externe, entre lesquels est située la fosse nasale ; la séparation est complétée en avant par une masse mésodermique qui représente le palais primitif. En arrière, au contraire, la lamelle épithéliale qui résulte du phénomène de fusion précédemment indiqué s'amincit de plus en plus, et se déchire en laissant un trou. Ce trou nasal, non primitif mais secondairement formé, représente la choane primitive des auteurs ou conduit nasal profond. Le bourgeon maxillaire supérieur demeure hors des limites de la fosse nasale et de la narine; il n'entre même que pour une faible part dans la constitution du voile du palais primitif, qui est surtout formé par le bourgeon nasal externe.

III. — Chez des embryons ayant de 27 à 74 millimètres de longueur (du vertex au coccyx), la surface interne de la portion nasale de l'ethmoïde forme une saillie longitudinale, se rapprochant en arrière du cornet nasal ou maxillaire (cornet inférieur de l'adulte). La saillie ethmoïdale ainsi formée est subdivisée en deux bourrelets secondaires par une gouttière longitudinale, la fissure ethmoïdale : le bourrelet inférieur représente le cornet moyen nasal, le bourrelet supérieur le cornet supérieur nasal primaire. Ce dernier, chez des embryons de 74 millimètres de long, est subdivisé en deux à son tour par une gouttière, qui sépare ainsi un cornet supérieur ethmoïdal, et un cornet moyen ethmoïdal, ce dernier longtemps méconnu dans sa véritable signification. Il y a ainsi chez l'embryon trois cornets ethmoïdaux, inférieur, moyen et supérieur, et deux fissures ethmoïdales. Le sort du cornet ethmoïdal moyen est très variable. Dans nombre de cas il quitte la surface nasale et s'enfonce entre les deux cornets voisins au fond de la fissure ethmoïdale inférieure, en même temps qu'il devient rudimentaire et ne figure plus qu'une crête du cornet supérieur; il y a en somme « operculisation » du cornet ethmoïdal moyen par le cornet supérieur. Très souvent le développement des cornets ethmoïdaux s'arrête là, et le chiffre de trois n'est pas dépassé. Mais dans quelques cas ce chiffre est porté à quatre, et la complication augmente, parce que le cornet ethmoïdal supérieur se décompose en deux par une fente ethmoïdale nouvelle. Ainsi il peut y avoir quatre cornets ethmoïdaux : un inférieur (cornet moyen de l'adulte); un moyen, un supérieur (cornet supérieur de l'adulte); un tout à fait supérieur. En ajoutant à ce chiffre le cornet nasal maxillaire ou naso-turbinal (cornet inférieur de l'anatomie humaine), on obtient donc chez l'homme les cinq cornets qui existent chez les mammifères.

L'auteur étudie ensuite les états sous lesquels se présentent les cornets ethmoïdaux chez le nouveau-né et le jeune enfant. Il examine pour l'adulte quelques cas de choix et termine par un historique. A. PRENANT.

Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale, par POTIQUET (*Méd. moderne*, 1891, *et Rev. de laryng.*, 15 *décembre* 1891).

L'auteur étudie, après un cours historique, l'anatomie du canal de Jacobson. Ce canal est situé au-dessus du bourrelet allongé d'avant en

arrière qui, constitué en partie par les cartilages de Jacobson, occupe la portion antéro-inférieure de la cloison ; à 8mm,5 du plancher et 23 millimètres de l'angle formé par la cloison membraneuse et la lèvre supérieure, il a environ un millimètre d'ouverture et 9 millimètres de long. Facile à trouver sur le cadavre, il faut une certaine habitude pour le reconnaître sur le vivant ; dans les cas de cloison bien verticale, sans saillies, on peut arriver à le cathétériser.

Potiquet pense que le canal de Jacobson peut, étant donnée la constance de siège et presque de forme des ulcères et perforations de la cloison, jouer un certain rôle dans l'étiologie de ces lésions : pénétration et pullulation de bactéries dans le canal, action pathogène directe sur les tissus en ce point. A. CARTAZ.

Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie des Säuglingsmagens (Estomac du nourrisson), par R. FISCHL (*Zeitschrift für Heilkunde, XII*, nos 4 *et* 5, 1891).

Au moment de la naissance, la muqueuse stomacale n'a pas encore terminé son développement, et ses fonctions sont encore peu importantes au point de vue de la sécrétion du suc gastrique. Les glandes en tube sont très courtes, et leurs orifices sont relativement fort distants les uns des autres ; un bon nombre d'entre elles s'abouchent dans un même orifice. Leurs cellules délomorphes et adélomorphes ne sont pas encore différenciées, et de leurs culs-de-sac on voit naître beaucoup de bourgeons pleins, ce qui indique qu'elles sont encore dans une phase active de leur développement.

L'épithélium stomacal est alors remarquable par le nombre de ses cellules de remplacement et par l'absence de cellules caliciformes. Dans le tissu interstitiel qui sépare assez peu régulièrement les culs-de-sac glandulaires, on trouve quelques follicules clos, qui, dans certains cas pathologiques, sont le siège de déterminations anatomiques de la maladie.

Les altérations pathologiques de l'estomac sont très fréquentes chez les nourrissons, mais leur intensité n'est pas toujours celle que semblerait indiquer la marche clinique de la maladie. Les altérations histologiques ne sont pas non plus toujours en rapport avec l'aspect macroscopique de l'organe.

Les différentes formes de gastrite peuvent être soit primitives, soit secondaires. Quand les lésions stomacales surviennent au cours d'infections septiques ou pyohémiques, on peut voir la gastrite être exclusivement parenchymateuse, sans que le tissu conjonctif interstitiel semble prendre part à l'inflammation. LEFLAIVE.

Die Entwickelung des Wiederkaüermagens und-Darmes (Développement de l'estomac et de l'intestin des ruminants), par Paul MARTIN (*Fetschrift zur Feier von Nägeli und von Kölliker*, 1891).

L'auteur étudie d'abord la formation et les rapports des différentes parties de l'estomac, la torsion de la panse, et les déplacements des autres régions de l'estomac composé. Il passe ensuite à l'établissement des rapports des différentes régions intestinales ; l'allongement de l'intestin grêle et par contre la brièveté du gros intestin sont les causes de

la torsion intestinale. Il examine le mode de développement du disque intestinal constitué par la région colique, en montrant comment ce disque a pour ébauche une anse, bientôt infléchie en hameçon, puis enroulée en spirale, les tours de spire ne demeurant pas, comme chez le porc, dans des plans différents, mais la spire se surbaissant au contraire de plus en plus jusqu'à s'aplatir tout à fait et à former un disque continu par soudure des différents tours de spire et de leurs mésentères; il indique les causes de l'aplatissement de la spirale. La formation du cæcum est ensuite étudiée : le cæcum débute sous forme d'une saillie mésodermique pleine le long du conduit vitellin et de la branche ascendante (gros intestin) de l'anse intestinale primitive; sa muqueuse est formée par un diverticule de la muqueuse du côlon; sa lumière n'a rien à faire avec celle du conduit vitellin. Vient ensuite l'étude du développement du grand et du petit épiploon, pour laquelle on est prié de se reporter au texte, qui ne saurait être résumé clairement.

Le travail se termine par un appendice comprenant quelques indications sur la formation du diaphragme, et l'étude de la formation des plis des différentes régions de l'estomac. A. PRENANT.

Beitrag zur Lehre über die Entwickelung der Kaumuskeln (Contribution à l'étude du développement des muscles masséters), par **J. KAZZANDER** (*Anat. Anz.*, *VI*, 8, *p.* 224).

Certains auteurs admettent que, pendant qu'ils achèvent de se constituer, certains muscles subissent une sorte de déplacement de leurs insertions. Celles du masséter n'en éprouvent en tout cas aucun, car elles ne se font jamais directement sur le cartilage de Meckel, mais toujours sur la zone d'éléments embryonnaires qui entourent celui-ci. C'est dans cette zone que se développe le maxillaire inférieur, de sorte qu'en définitive le muscle masséter n'a qu'à conserver, et conserve en réalité, sa limite inférieure, son insertion, en dehors du cartilage de Meckel, pour acquérir son attache définitive. A. NICOLAS.

Zur Frage über die Sternocostalgelenke und den Respirationstypus (Sur la question des articulations sterno-costales et du type respiratoire), par **TSCHAUSSOW** (*Anat. Anzeiger*, *n°* 18, 1891).

Dans le but de connaître les relations qui existent entre le type respiratoire (costal ou abdominal) et les dispositions anatomiques du thorax, et de savoir s'il y a deux états thoraciques différents, correspondants aux deux types respiratoires, l'auteur a examiné les articulations sterno-costales, celles des cartilages costaux entre eux, la forme du sternum enfin. Les articulations sterno-costales se montrent chez le fœtus après celles des cartilages costaux, et leur nombre et leur développement sont en rapport direct avec l'âge du fœtus. Tous les faits que permet de relever l'étude des articulations thoraciques chez le fœtus indiquent qu'elles sont d'origine héréditaire et qu'elles ne sont point dues à des causes mécaniques et à la puissance musculaire. Tschaussow a examiné chez l'adulte l'état des différentes articulations sterno-costales et a consigné ses résultats dans un tableau. Les faits principaux qui se dégagent de ce tableau sont les suivants : l'union de la 1re côte et du

sternum est une synchondrose, à peu près immobile, rarement une articulation; la 2e et la 3e côtes présentent, au contraire, le plus souvent une véritable arthrodie (et cela chez l'homme aussi souvent que chez la femme); cette arthrodie est assez fréquemment divisée en deux par une cloison conjonctive; les 4e, 5e, 6e et 7e côtes sont le plus souvent unies au sternum par pure synchondrose; il y a au total presque autant d'articulations mobiles dans le thorax de l'homme que dans celui de la femme. En somme, le développement et les transformations des articulations costo-sternales, comparés chez l'homme et chez la femme, ne fournissent aucune preuve positive à l'appui de l'existence de deux types respiratoires (thoracique et abdominal). Quant à la disposition anatomique donnée par Henke comme caractéristique du type thoracique de la femme, et consistant en ce que chez elle la moitié supérieure du sternum (comprenant le manubrium et le corps jusqu'à la 3e côte) est plus longue que la moitié inférieure, tandis que les deux moitiés sont égales chez l'homme, cette disposition n'existe pas; la moitié supérieure du sternum est plus longue dans les deux sexes, et conformément à Dwight le sternum tout entier de l'homme dépasse en longueur celui de la femme de 2 à 3 centimètres. A. PRENANT.

La nutrition de la rétine, particulièrement de la fovea centralis, par NUEL (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 5, *p.* 336, 1891).

Les vaisseaux propres de la rétine n'ont qu'un rôle secondaire dans la nutrition de cette membrane, surtout au point de vue de son fonctionnement physiologique. Aussi font-ils défaut au niveau de la macula et de la fovea centralis. Les vaisseaux de la choroïde sont très développés, et particulièrement le réseau capillaire qui vient se placer au contact de la rétine. Au niveau de la macula, les vaisseaux choroïdiens de gros calibre, de structure artérielle ont disparu. En revanche,il existe à ce niveau un réseau capillaire plus riche que partout ailleurs, et dont le développement répond aux fonctions plus actives de cette région de la rétine.

LEFLAIVE.

Ueber die Altersveranderungen der elastichen Fasern in der Haut (Sur les modifications produites par l'âge sur les fibres élastiques de la peau), par M. B. SCHMIDT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXV*, 2).

Les modifications séniles de la peau se produisent de la façon suivante : les faisceaux conjonctifs du derme, formés de substance collagène, s'atrophient, de sorte que le réseau élastique resserre ses mailles par disparition du tissu conjonctif intermédiaire. Les fibres élastiques subissent ainsi une forte torsion, qui aboutit à un gonflement hyalin et à la formation de boules brillantes. En dernier lieu, ces boules tombent en détritus devenant une substance confluente et homogène.

Cette dégénération granuleuse des fibres élastiques aboutit peu à peu à la production de territoires dermiques, à apparence vitreuse, d'autant plus prononcée que l'individu est plus avancé en âge. ED. RETTERER.

Beiträge zur vergleichenden Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Uterusmuskulatur (Anatomie comparée et développement de la musculature de l'utérus), par J. SOBOTTA (*Arch. f. mik. Anat., XXXVIII*, 1, *p.* 52).

La musculature fondamentale propre de l'utérus est une couche annulaire, musculature primitive du canal de Müller, qui se continue depuis les trompes sur l'utérus et le vagin. A cette couche s'en ajoute une de fibres longitudinales dépendant du ligament large et suivant toujours dans tout son trajet la séreuse. Cette couche est très développée dans les utérus inférieurs à longues cornes. Infiniment plus faible chez les singes, elle n'est plus que rudimentaire chez la femme. Elle se prolonge à peine sur les trompes au niveau du vagin et ne dépasse habituellement pas le revêtement péritonéal.

Entre ces deux enveloppes musculaires rampent les gros troncs vasculaires ordinairement accompagnés et entourés par des faisceaux de fibres lisses plus ou moins développés. C'est chez les Carnivores et les Fissipèdes que ces faisceaux atteignent leur plus grande puissance; chez les Cheiroptères et les Singes ils deviennent rudimentaires et manquent complètement dans l'utérus humain.

La musculature utérine chez la femme dérive essentiellement de la couche annulaire modifiée et dont l'orientation est remaniée par les gros vaisseaux contenus dans son épaisseur. De plus, dans l'utérus humain et chez le chimpanzé, il existe des fibres longitudinales sous-muqueuses qui suivent les saillies de la muqueuse et concourent à leur formation. Il n'y a d'ailleurs pas de musculaire muqueuse, pas plus chez les animaux que chez l'homme. En somme, la division en couches du muscle utérin humain, telle qu'on l'a admise jusqu'alors, est artificielle et n'est déterminée que par le grand développement des vaisseaux.

A. NICOLAS.

I. — Die innere Zusammensetzung des Spermatozoenkopfes der Säugethiere (La constitution intérieure de la tête des spermatozoïdes des mammifères), par BALLOWITZ (*Centralblatt für Physiologie*, n° 3, 1891).

II. — Weitere Beobachtungen u. s. w. (Nouvelles observations sur la structure fine des spermatozoïdes des mammifères), par LE MÊME (*Zeitschrift für wiss. Zoologie, LII*, 2).

I. et II. — La pièce d'union est constituée chez les nombreux mammifères examinés par l'auteur, d'une façon identique par le filament axile et une enveloppe. Celle-ci est une fibre spirale à tours très surbaissés, entourant étroitement le filament axile. Entre les tours de spire il existe une substance intermédiaire, d'une réfringence à peu près pareille à celle de la fibre spirale elle-même, d'où résulte qu'à l'état frais l'enveloppe paraît homogène et continue. Par la macération au contraire la substance intermédiaire se dissout et la spirale devient apparente. Dans les spermatozoïdes non mûrs, cette substance n'est pas encore formée, la spirale existe seule et apparaît très nettement.

La pièce principale, de même que la pièce d'union et la pièce terminale, sont essentiellement constituées par un filament axile, contractile, de structure fibrillaire; il se compose de deux fibres réunies par une substance cimentante intermédiaire et décomposables chacune à leur tour en une série de fibrilles plus fines.

Au niveau du collet du spermatozoïde, c'est-à-dire de la région qui réunit la tête à la queue, le filament axile se comporte d'une façon variable selon les espèces considérées. Chez quelques espèces, le rat, par exemple l'extrémité antérieure du filament axile renflée en un bouton terminal coïncide avec la limite antérieure de l'enveloppe de la pièce d'union; il n'existe par conséquent pas de pièce cervicale du filament axile dépassant à nu l'enveloppe, et le collet n'est occupé que par de la substance cimentante. Chez la plupart des autres mammifères, l'extrémité antérieure du filament axile devient libre d'enveloppe au niveau du collet et forme une pièce cervicale qui s'insère par un bouton terminal dans une fossette creusée sur la face postérieure de la tête par l'intermédiaire d'une très faible quantité de ciment. Enfin chez d'autres espèces la pièce cervicale du filament axile est fissurée au niveau du collet déjà en deux fibres dont chacune s'attache à la tête par un bouton terminal.

La tête du spermatozoïde parfaitement mûr consiste en deux parties, la tête proprement dite et la coiffe céphalique. Celle-ci, contrairement à ce que l'on croyait, n'est pas rejetée chez certains animaux; mais elle persiste dans la plupart des cas et vraisemblablement dans tous à la surface de la tête proprement dite. Cette tête à son tour est constituée par deux régions, la pièce antérieure, plus considérable et peu colorable, la pièce postérieure, ne formant que le tiers ou le quart de la tête et de coloration plus intense. Ces deux régions dérivent des deux hémisphères du noyau de la spermatide dont Merkel a montré l'existence. Enfin, entre ces deux parties on voit chez beaucoup de mammifères un « corps intérieur », de forme semi-lunaire ou conique, nettement délimité, qui par sa base repose sur la limite antérieure de la pièce postérieure de la tête, et par son sommet fait plus ou moins saillie à la façon d'une coupole dans l'intérieur de la pièce antérieure. A. PRENANT.

PHYSIOLOGIE.

I. — Ueber sekundäre Degeneration nach Exstirpation motorischer Centra des Hundes, par SANDMEYER (*Centralblatt. f. klin. Med.* 1891, *n°* 28, *Beilage*, *p.* 65).

II. — Dégénérations secondaires de la moelle du chien, par MUENZER et SINGER (*Ibidem*, *p.* 66).

I. — Sandmeyer a enlevé à 13 chiens, d'un côté du cerveau, les centres des membres antérieurs et des membres postérieurs, et à quelques-uns en outre celui du facial; ces animaux ont été sacrifiés dans un laps compris entre 4 jours et 5 mois 1/2 après cette mutilation.

Les animaux tués 4 ou 5 jours après l'extirpation n'offraient aucune dégénérescence de la moelle.

Ceux sacrifiés de 9 jours à 5 mois 1/2 après l'extirpation, fournirent les résultats suivants :

L'ablation unilatérale des ce tres moteurs chez le chien est souvent,

mais non constamment, suivie d'une dégénération du côté correspondant de la moelle. Le réactif de Marchi permet de déceler dès le 9[e] jour, aussi bien cette dégénération que celle du côté opposé. La dégénération du même côté n'est pas nécessairement, comme Marchi et Algeri le posent en règle, la conséquence d'une dégénération de la pyramide opposée.

Le faisceau pyramidal direct ne dégénère pas chez le chien. Dans les premiers stades, on ne voit pas non plus de dégénération disséminée sur toute la section transversale, ni de dégénération du cordon de Burdach opposé.

La couche intermédiaire des olives, le ruban de Reil, les noyaux des cordons de Goll et de Burdach, les cellules ganglionnaires de la substance grise, ainsi que les racines antérieures, ne sont pas atteints de dégénération secondaire.

II. — Singer et Münzer après avoir reconnu la supériorité de la méthode expérimentale de Marchi et Algeri sur celle de Weigert, s'en sont servis d'abord pour étudier la structure du chiasma (*R. S. M.*, XXXVI, 2), puis, pour élucider la texture de la moelle, à l'aide des dégénérations secondaires. Voici les résultats auxquels ils sont parvenus :

1° La loi de Waller doit être maintenue dans sa forme originelle, en dépit de Vejas et de Joseph ;

2° Les cordons postérieurs se composent, pour une part, de fibres des racines postérieures, dont les unes entrent, immédiatement ou plus tard, dans la substance grise de la corne postérieure, tandis que les autres demeurent complètement dans le cordon postérieur, en formant la majeure partie des cordons de Goll et de Burdach — et pour l'autre part, de fibres venues de la substance grise qui ont un trajet ascendant plus ou plus considérable et doivent représenter des voies intersegmentaires.

3° Après destruction des centres corticaux moteurs, chez le chien ou le lapin, on trouve la dégénération correspondante dans le cordon latéral de la pyramide, du côté opposé ; on peut suivre cette dégénération jusque dans la moelle thoracique. La dégénération descendante des cordons latéraux des pyramides, consécutive à la section de la moelle, est plus étendue que celle déterminée par la destruction des centres moteurs.

4° Après section de la moelle, on trouve au-dessus et au-dessous du point sectionné, en avant des cordons latéraux cérébelleux, à la périphérie de la moelle, et s'étendant jusque dans le cordon antérieur, une zone de fibres dégénérées qui représentent vraisemblablement des fibres intersegmentaires. (*R. S. M.*, XXX, 38.) J. B.

Zur Frage über die Localisation der Geschmakscentren in der Hirnrinde (Sur la question de la localisation des centres du goût dans l'écorce cérébrale), par **A. SCHTSCHERBACK** (*Centralbl. f. Physiol.*, *V*, *p.* 289, 1891).

Gad a constaté que les mouvements de mastication sont, chez le lapin, des mouvements purement réflexes, qui s'exécutent encore après extirpation totale de l'écorce cérébrale. La formation du bol alimentaire, et la poussée de ce bol dans la direction de l'isthme du gosier, sont au contraire des actes volontaires qui supposent l'intégrité de l'écorce cérébrale et qui sont liés à l'exercice du sens du goût. Schtscherback constate que l'extirpation d'une zone limitée de l'écorce cérébrale lar e de

4 à 5 millimètres, s'étendant transversalement, à partir de la scissure interhémisphérique (suivant la suture coronale), jusqu'à la base près du bord postérieur du chiasma optique, a pour effet d'abolir les sensations gustatives et de supprimer la poussée du bol alimentaire en arrière. La destruction d'une portion déterminée de la couronne rayonnante produit les mêmes effets que celle de la zone gustative.

L'animal opéré de cette façon mâche indifféremment une tige de feuille de chou ou un rouleau de papier imprégné de quinine. Les substances mâchées restent ensuite dans la bouche, ou tombent au dehors, mais ne sont pas poussées vers l'isthme du gosier.

Chez le lapin intact, les mouvements de mastication se produisent également, quel que soit le corps solide que l'on introduit dans la bouche : mais, tandis que la feuille de chou est avalée, le papier imprégné de quinine est immédiatement rejeté au dehors. Les sensations olfactives ne semblent pas jouer ici de rôle important. Une feuille de chou saupoudrée d'iodoforme ou d'une autre substance odorante insoluble est avalée sans difficulté.

Les résultats de l'extirpation de la zone gustative sont passagers. Au bout de trois, quatre, cinq ou six jours au plus, le goût est rétabli.

LÉON FREDERICQ.

Variations de la radiation calorique consécutives aux traumatismes de la moelle épinière, par P. LANGLOIS (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 798, 1891).

Les sections transversales de la moelle épinière déterminent un abaissement progressif de la température centrale (Cl. Bernard, etc.) : et au contraire une augmentation de cette température (Naunyn et Quincke) si les animaux ont été préalablement entourés de ouate. L'auteur fait des déterminations calorimétriques chez des cobayes qui ont subi des traumatismes de la moelle (sections complètes ou incomplètes). Il constate que la radiation calorique a été augmentée par le traumatisme, et que cette exagération est due en partie à une suractivité de la thermogenèse.

DASTRE.

Beitrag zur Lehre der Unermüdlichkeit der Nerven (Contribution à la doctrine de l'absence de fatigue des nerfs), par A. SZANA (*Archiv für Physiologie p.* 315, 1891).

On sait depuis longtemps qu'un nerf moteur peut être excité par l'électricité pendant des heures entières sans manifester de fatigue appréciable. L'auteur a vérifié le même fait pour les fibres d'arrêt du pneumogastrique cervical. Si l'on a soin de paralyser par l'atropine les terminaisons intracardiaques du pneumogastrique, on peut impunément tétaniser pendant des heures entières le tronc du nerf ; à mesure que le poison s'élimine du corps, les effets cardio-inhibitoires de l'excitation se manifestent, nous montrant ainsi que la tétanisation prolongée du nerf n'a nullement supprimé son excitabilité et sa conductibilité.

LÉON FREDERICQ.

Parallèle entre l'excitation électrique et l'excitation mécanique des nerfs, par d'ARSONVAL (*C. R. de la Soc. de biologie, p.* 558, 4 *juillet* 1891).

Chauveau, en 1859, avait conclu que l'électricité agit comme excitant

mécanique, à son point de sortie, en raison de sa densité. D'Arsonval admet aussi que c'est la variation de pression électrique en fonction de temps qui définit l'excitation physiologique. Pression continue et courant continu; pression variable et courant variable; analogie complète entre l'excitant mécanique et l'excitant électrique, électrolyse à part. La hauteur de la contraction musculaire n'est nullement en rapport avec l'énergie de l'excitant mécanique pas plus qu'avec celle de l'excitant électrique.

Innervation du muscle crico-thyroïdien, par LIVON (*Marseille médical*, nº 6, *p*. 325, 1891).

Le muscle crico-thyroïdien innervé par la branche externe du laryngé supérieur reçoit en outre un rameau provenant du plexus pharyngien, nerf laryngé moyen. Ce nerf n'est pas une branche erratique du laryngé supérieur; il en est complètement indépendant et peut le suppléer au point de vue moteur.

Chez le chien le nerf laryngé supérieur ne renferme pas de fibres trophiques pour les muscles du larynx, comme Moeller et Exner l'ont observé chez le cheval. LEFLAIVE.

Die Medianstellung des Stimmbandes... (La position médiane de la corde vocale après la paralysie du récurrent), par R. WAGNER (*Archiv f. path. Anat. CXXIV*, 2).

Après avoir montré antérieurement par des expériences faites sur les chats et les lapins que la position médiane prise par la corde vocale est déterminée par l'action du muscle crico-thyroïdien, R. Wagner expérimente sur les chiens. La section du nerf récurrent amène l'adduction, c'est-à-dire la position médiane de la corde vocale correspondante. En sectionnant les deux nerfs récurrents, les cordes vocales se rapprochent et la glotte paraît se fermer. Au bout de quelques jours, la corde vocale prend la position qu'elle a sur les cadavres.

Pour prouver que le muscle crico-thyroïdien est bien la cause de cette adduction, Wagner sectionne les nerfs laryngés supérieur et moyen qui l'innervent : après la section de ces nerfs, les cordes vocales prennent immédiatement la position qu'elles occupent sur le cadavre. C'est donc bien sous l'influence du muscle crico-thyroïdien que les cordes vocales se rapprochent, après la paralysie du nerf récurrent. ÉD. RETTERER.

Ueber die Innervation der Drüsen der Zungenbasis (Sur l'innervation des glandes de la base de la langue), par G. MARINESCU (*Archiv für Physiologie*, *p*. 357, 1891).

Les glandes voisines des papilles foliacées sont des glandes albumineuses acineuses formées d'une membrane propre et d'une seule espèce de cellules. Les filets nerveux peuvent être poursuivis à travers la membrane propre jusque entre les cellules glandulaires. L'excitation du glosso-pharyngien provoque une abondante sécrétion, même après arrêt de la circulation. Il en est de même de l'excitation directe des papilles, de l'action de la pilocarpine et de celle de la nicotine à petite dose. La sécrétion est arrêtée par l'atropine et par la nicotine à haute dose. Tous

ces poisons agissent d'une façon encore plus énergique après la section des nerfs glandulaires.

Après section du glosso-pharyngien et des autres nerfs, il s'établit une sécrétion paralytique que l'auteur attribue à l'action des ganglions nerveux périphériques. Il fait remarquer que ces ganglions se rencontrent dans d'autres glandes (pancréas, glandes salivaires) où l'on a signalé l'existence de la sécrétion dite paralytique, tandis qu'ils manquent dans les glandes sudoripares dont la sécrétion est arrêtée complètement par la section des nerfs. La section du glosso-pharyngien amène la dégénérescence des filets nerveux qui se rendent aux bourgeons gustatifs, tandis que les nerfs glandulaires sont intacts. Au bout de plusieurs mois, les cellules glanglionnaires diminuent en nombre, et l'on constate en même temps une diminution de la sécrétion.

Les vaso-dilatateurs des glandes étudiées sont contenus dans le glosso-pharyngien ; les vaso-constricteurs suivent la voie du grand sympathique. LÉON FREDERICQ.

I. — Der Einfluss des Trigeminus auf die Hornhaut (Influence du trijumeau sur la cornée), par Justus GAULE (*Centralbl. f. Physiologie, V, p.* 409, 1891).

II. — Wie beherrscht der Trigeminus die Ernährung der Hornhaut (Comment le trijumeau domine-t-il la nutrition de la cornée?) par Justus GAULE (*Ibidem, V, p.* 450, 1891).

I et II. — La section intracrânienne du trijumeau, pratiquée au niveau du ganglion de Gasser ou au niveau de la branche ophtalmique (qui contient également des cellules nerveuses semblables à celles du ganglion), provoque immédiatement chez le lapin des changements caractéristiques dans les éléments de la cornée, changements qu'il faut distinguer des modifications inflammatoires qui peuvent ultérieurement se produire si la cornée n'est pas protégée.

Les changements qui se produisent instantanément après la section totale du trijumeau au niveau du ganglion sont surtout apparents si la cornée est exposée à la dessiccation, si l'air est sec. On constate alors l'apparition 1° d'une pellicule irisée s'étendant sur toute la cornée ; 2° de petits enfoncements circulaires disséminés çà et là, orientés vers le centre de la cornée.

Au microscope on constate à ce niveau des signes de nécrose des éléments épithéliaux : les noyaux ont perdu leur chromatine, le protoplasme est ratatiné. En dessous de ces portions nécrosées, la substance fondamentale de la cornée présente des corpuscules étoilés plus petits, ramassés sur eux-mêmes, l'endothélium de la membrane de Descemet est épaissi aux endroits correspondants et montre de deux à vingt couches cellulaires. Elle est recouverte d'un exsudat provenant de l'humeur aqueuse. L'humeur aqueuse a acquis la propriété de fournir un coagulum de fibrine quand on y ajoute une trace de sang.

Outre les portions nécrosées de la cornée et souvent tout autour d'elles on voit des parties qui montrent au contraire une prolifération active des cellules épithéliales, prolifération produisant localement de petits épaississements dont la surface libre est le siège d'une desquamation abondante. En dessous de ces portions hypertrophiées, on

trouve les corpuscules cornéens agrandis, présentant un puissant réseau de prolongements et un noyau dirigé transversalement, perpendiculairement à la surface des lamelles.

Les altérations nutritives consistent donc en nécroses partielles coexistant avec des hyperplasies locales. L'auteur explique leur apparition non par l'existence de nerfs trophiques spéciaux dont la section nerveuse aurait supprimé l'action, mais par une action nutritive hypothétique exercée par les nerfs sensibles de la cornée sur les éléments épithéliaux. Les éléments épithéliaux fourniraient continuellement aux nerfs sensibles qui en partent des matériaux de nutrition. Ces matériaux de nutrition chemineraient de proche en proche le long des fibres nerveuses dans une direction centripète. L'interruption de ce courant nutritif centripète au niveau de la section nerveuse réagirait de proche en proche sur le lieu d'origine du courant, c'est-à-dire sur la nutrition de la cellule épithéliale. LÉON FREDERICQ.

Atonie cardiaque produite par le nerf pneumogastrique, par FRANÇOIS-FRANCK (*Archives de physiologie, p.* 478 *et* 575, 1891).

1° Le pneumo-gastrique exerce sur le cœur deux actions : une action ralentissante; une action atonique. Coats (1869) a signalé le premier l'affaiblissement des contractions sans ralentissement. Nuel (1878) a fait de même. Ch.-Roy (1879) admet des fibres agissant sur le rythme, d'autres sur la force de la contraction auriculaire. Dastre et Morat constatent qu'il y a un véritable *antitonus* (1880). Gaskell, Heidenhain, Sewal et Donaldson, constatent et étudient ces phénomènes. Fr. Franck qui les avait aperçus également en 1879 en reprend aujourd'hui l'étude. Il y a dans les arrêts prolongés une exagération de la distension du cœur due à la poussée veineuse et aussi à une exagération de la flaccidité diastolique normale. En effet, la paroi ventriculaire se laisse plus facilement déprimer par une contre-pression localisée. Relâchée, elle subit plus activement l'effet de l'aspiration thoracique. Les oreillettes subissent la même influence diastolique, antitonique.

2° Fr. Franck reprend sur le cœur des mammifères les expériences que les auteurs précédemment nommés avaient surtout exécutées chez les animaux à sang froid. Il s'agit d'un effet antitonique primitif, direct, indépendant de l'effet dépressif auriculaire qui se produit simultanément.

DASTRE.

Recherches sur les variations respiratoires de la pression intra-abdominale, par A. HOGGE (*Mém. Acad. de méd. Belgique, XLVI et Trav. lab. phys. Liège, IV*).

Quelle influence les mouvements respiratoires exercent-ils sur la pression abdominale? Telle est la question encore fort controversée que A. Hogge a cherché à résoudre par de nombreuses expériences faites chez l'homme et chez le chien. Il a enregistré la pression chez l'homme par la voie stomacale, rectale ou vésicale ; chez le chien par une fistule stomacale ou abdominale. Il est arrivé à cette conclusion générale que la pression abdominale augmente pendant l'inspiration, qu'elle diminue au contraire pendant l'expiration, ainsi que l'admettent un grand nombre

de physiologistes. L'augmentation inspiratoire de la pression abdominale est due à l'abaissement du diaphragme : elle disparaît après la section des phréniques; elle persiste au contraire après section de la moelle pratiquée en dehors du point d'émergence des phréniques laissés intacts.

Mais on n'observe ces variations classiques de la pression abdominale, que si les parois du ventre sont dans un état de relâchement complet, comme c'est le cas chez l'homme dans le décubitus dorsal et chez le chien anesthésié profondément. Dès que les parois abdominales sont plus ou moins tendues (homme assis ou debout, chien éveillé), la courbe se modifie, et la chute de pression ne se montre plus qu'au début de l'expiration; elle se complique bientôt d'une ascension secondaire due à une réaction de la paroi abdominale.

L'auteur a utilisé pour cette étude quelques cas cliniques réalisant soit la paralysie de la paroi abdominale (déchirure de la moelle dorsale), soit celle du diaphragme. LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales sur les variations corrélatives dans l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires, par LAULANIÉ (*C. R. de la Soc. de biol., mémoires p.* 19, 1892).

L'auteur détermine simultanément l'O consommé, le CO^2 produit et la chaleur produite. Ces quantités rapportées à l'heure et au kilogramme d'animal constituent les trois coefficients ou caractéristiques biologiques. On obtient les trois quotients; quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O}$; quotient thermique de l'oxygène ou rapport du coefficient thermique au coefficient de l'oxygène : quotient thermique du carbone, rapport du coefficient thermique du carbone contenu dans le coefficient carbonique.

L'auteur a recherché, en opérant sur les lapins, l'influence de la tonte. Les résultats sont les suivants : 1° sous l'influence de la tonte, l'intensité des échanges respiratoires et celle de la thermogenèse s'accroissent simultanément, mais non proportionnellement; 2° l'accroissement respiratoire dépasse l'accroissement thermogénétique; 3° le quotient respiratoire subit un abaissement immédiat pour se relever lentement au voisinage de sa valeur première. Les rendements thermiques de l'O et du C sont affectés d'une diminution d'environ 1/5. La calorification s'alimente à des réactions nouvelles moins thermogènes que les réactions accoutumées, ou bien celles-ci se compliquent de réactions endothermiques.

DASTRE.

Sur le circuit nerveux sensitivo-moteur des muscles, par A. CHAUVEAU (*C. R. de la Soc. de biol., mémoires p.* 155, 1891).

Les muscles ont des nerfs sensitifs ou centripètes, faciles à manifester physiologiquement, sinon anatomiquement. Chauveau, comme Charles Bell, fait du nerf moteur et du nerf sensitif, non pas deux appareils indépendants, mais un seul et même conducteur. L'influx nerveux partirait de la cellule motrice, suivrait un filet moteur jusqu'au voisinage de la plaque terminale, où il passerait dans un filet sensitif anastomosé au filet moteur, reviendrait ainsi au centre médullaire, dans les cellules sensitives et de là aux cellules motrices, point de départ.

Le muscle sterno-maxillaire du cheval reçoit un rameau moteur de la

branche externe du spinal et un nerf sensitif de la branche inférieure de la deuxième paire cervicale. Ces deux rameaux séparés jusque-là s'unissent pour pénétrer dans le muscle. Si l'on excite un point de circuit, le muscle est excité, directement ou après que l'excitation dans sa rotation aura traversé la moelle. La section du rameau sensitif ne détermine pas l'abolition du mouvement volontaire et ne paraît apporter aucun trouble dans la nutrition du muscle.

Le mouvement coordonné de la déglutition œsophagienne se prête à l'étude de l'influence exercée sur la motilité musculaire par les nerfs centrifuges et centripètes qui constituent le circuit nerveux du muscle œsophagien. Chez le cheval, cette étude est rendue possible dans la région inférieure du cou par une disposition particulière des nerfs œsophagiens. Cette région reçoit, en effet, les nerfs musculaires et les nerfs moteurs de deux points différents du vague. Les nerfs moteurs sont descendants ; les sensitifs sont ascendants ; on peut donc agir isolément sur chacune des deux portions du circuit nerveux œsophagien. La section des nerfs moteurs descendants paralyse l'œsophage ; la section des nerfs sensitifs ascendants trouble la fonction, détermine des paralysies irrégulières, passagères, et une incoordination du mouvement péristaltique. L'excitation électrique du trajet sensitif ainsi que du trajet moteur, produit le tétanos ; de même si l'on excite le bout musculaire du nerf moteur coupé ou le bout médullaire du nerf sensitif, la tétanisation a lieu comme si l'on excitait le nerf intact. Ainsi, il y a bien ici un véritable circuit nerveux. Quel que soit le point où l'on interrompt le circuit, la fonction est atteinte : quel que soit le point où on l'excite, la fonction est provoquée. La coordination de ce mouvement automatique, comme sa provocation, dépendent seulement de ce circuit nerveux.

Quant aux connexions des nerfs sensitifs et moteurs dans l'axe médullaire, il est difficile de les atteindre. Cependant on peut exciter les cellules motrices dans quelques cas et, dans d'autres, les cellules sensitives. Dans les deux cas, l'on provoque les mouvements. Avec les faibles excitations portées sur les cellules des racines provenant de la moelle, on provoque une contraction localisée et continue des racines motrices correspondantes au niveau excité. L'excitation croissant, elle s'irradie dans la moelle au-dessus et au-dessous, mais du même côté. Puis elle peut s'etendre à tout le côté excité et même passer à l'autre. Les expériences ont été faites en excitant entre la dernière racine dorsale et la première lombaire, la moelle étant sectionnée entre l'atlas et l'occipital, et la respiration artificielle entretenue. Les groupes cellulaires réagissent comme les nerfs moteurs et les groupes sensitifs comme les nerfs sensitifs, faits en accord avec la conception du circuit nerveux.

Enfin, le circuit sensitivo-moteur des muscles de la vie animale est apte à provoquer des mouvements coordonnés sans le concours des centres supérieurs psychophysiologiques. On peut, chez les chevaux à moelle coupée, entretenir la respiration sans le secours de la soufflerie, en excitant les branches perforantes des nerfs intercostaux. Il suffit de rapprocher et éloigner la bobine induite de la bobine inductive d'un mouvement qui suit les phases de la respiration normale. La moelle peut donc produire des mouvements d'inspiration, coordonnés comme dans la respiration normale, et cela, grâce aux groupes cellulaires qui

font partie du circuit sensitivo-moteur du diaphragme. Le rythme de la respiration normale est commandé par le centre bulbaire respiratoire ; à son défaut, par des excitations rythmées atteignant les circuits nerveux sensitivo-moteurs des muscles respiratoires.

Enfin, on peut provoquer des mouvements coordonnés en vue d'un but physiologique en excitant l'un des circuits sensitivo-moteurs des muscles de la vie animale. Par exemple, on provoque une sorte de ruade en pinçant les nerfs collatéraux du doigt, et cela surtout chez les sujets à caractère difficile.

Chauveau propose l'hypothèse suivante : une excitation médullaire (venue par exemple du cerveau) passe dans les cellules motrices et provoque des ébranlements cheminant en avant vers le muscle, *ondes prépulsives* et en arrière des *ondes rétropulsives* se propageant dans le système centripète. DASTRE.

De la valeur respective des contractions produites sur le gastrocnémien de la grenouille par les excitations d'ouverture et de fermeture des courants d'induction, par D. COURTADE (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 789, 1891).

La première contraction qui naît est celle d'ouverture ; celle de fermeture apparaît plus tard. On peut cependant la rendre égale ou supérieure dès le début à la secousse d'ouverture en enlevant le fer doux qui forme le noyau de la bobine inductrice, ou bien en intercalant des résistances sur le trajet du courant inducteur, ou, enfin, en augmentant la force électromotrice sans augmenter l'intensité. La loi des secousses des courants induits est complètement intervertie. En enlevant le fer doux on diminue les deux extra-courants et l'on rend moins importante la différence entre les variations ascendante et descendante de l'onde inductrice. En d'autres termes l'effet dépend de la forme de l'onde inductrice.

DASTRE.

Relations entre les qualités physiques de l'excitant électrique et la réaction névro-musculaire, etc., par D'ARSONVAL (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 392, 23 *mai* 1891).

L'effet physiologique dépend de la *caractéristique d'excitation*, liée elle-même aux trois éléments : temps, quantité, potentiel. L'auteur fait connaître un nouveau procédé pour apprécier ces trois éléments et graduer en même temps les courants d'induction. Il consiste à intercaler un condensateur en dérivation entre les extrémités du fil induit. Le courant induit charge brusquement le condensateur, qui joue le rôle d'un réservoir élastique placé sur le trajet d'une canalisation où se produirait un coup de bélier. Il se décharge ensuite, suivant une loi connue dans le circuit extérieur (organe excité).

La décharge, dans ce cas, produit une contraction sans douleur. La bobine seule excitera les nerfs sensitifs et moteurs ; avec le condensateur on excitera la fibre musculaire surtout. La surface du condensateur doit être appropriée aux constantes de la bobine. DASTRE.

Sur un nouveau signe électrique musculaire, par E. DOUMER (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 656, 1891).

Dans deux cas de paralysie infantile présentant, l'un, une abolition

complète d'excitabilité des muscles par les diverses applications électiques, l'autre une réaction de dégénérescence très nette; l'auteur a constaté que le muscle excité de façon à ce qu'il fût traversé par le courant électrique dans toute sa longueur se contracte à la fermeture du courant, alors même que ce muscle a déjà perdu ou est sur le point de perdre son excitabilité aux différents procédés d'excitation. DASTRE.

Das phosphorsäure Natron als Reizmittel Muskel und Nerv (Le phosphate de sodium comme excitant du muscle et du nerf), par Sven AKERLUND (*Archiv f. Physiologie*, p. 277, 1891).

L'auteur fait agir sur l'arrière-train de la grenouille des solutions aqueuses de phosphate de sodium. ($Na^2 HPO^4$ 0,1 à 1,5 0/0) et de chlorure de sodium (0,7 à 0,5 0/0) circulant dans les vaisseaux sous une pression de 20^{mm} Hg. Le phosphate de sodium, n'excite pas les nerfs, mais diminue, puis supprime complètement leur excitabilité (au bout de quelques minutes). Dès que la teneur du liquide injecté atteint 0,1 à 0,2 0/0 $Na^2 HPO^4$, les muscles sont excités et entrent en tétanos.

Ce tétanos est fort irrégulier : les courbes obtenues présentent de grandes variétés d'une expérience à l'autre. Le raccourcissement atteint parfois le même degré que pour une secousse maximale, mais reste toujours notablement inférieur à celui d'un tétanos provoqué par des chocs d'induction. Le tétanos peut durer fort longtemps, 3 à 15 minutes suivant le degré de concentration de la solution excitante. Une fois que le tétanos est bien développé, on peut interrompre la circulation artificielle du phosphate sans modifier sensiblement la marche ultérieure du tétanos. Après cessation du tétanos, on constate que le muscle n'est pas entièrement revenu à sa longueur primitive. Si on veut l'y ramener, on est obligé d'ajouter un poids supplémentaire qui augmente sa tension.

Un muscle tétanisé jusqu'à épuisement par le passage de la solution de phosphate et qui n'est plus excitable par ce moyen, reste excitable par le courant électrique constant ou par les chocs d'induction. C'est là un phénomène extrêmement remarquable. LÉON FREDERICQ.

Recherches sur l'inhibition de la sensibilité aux causes de douleur sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée par de l'acide carbonique par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie*, p. 645, 1891).

L'acide carbonique peut, sans entrer dans les poumons et dans le sang, et s'il est lancé avec force sur la muqueuse laryngée, déterminer une analgésie considérable ou absolue partout ou presque partout, se montrant sans qu'il y ait de diminution des puissances et des fonctions de la vie animale. Cette analgésie peut survenir en quelques secondes, mais elle cesse bientôt si l'irritation n'est pas continuée. Mêlé d'oxygène ou d'air, l'acide carbonique ne fait pas paraître cette analgésie ou ne la produit qu'à un faible degré. La durée de l'analgésie est d'une à deux heures chez le chien et d'un à plusieurs jours chez le singe, où elle est plus complète le lendemain que le jour de l'insufflation. Le degré de l'analgésie peut être tel que même de gros nerfs (le sciatique, le crural etc...) ont pu être galvanisés, tiraillés, comprimés, coupés ou brûlés, sans signe de douleur. La muqueuse laryngée recouvre la sensibilité bien plus promptement que toutes les autres parties du corps. Après

viennent les parties animées par le trijumeau. La peau du cou, et, à un moindre degré, celle des aisselles, conservent de l'analgésie plus longtemps qu'aucun autre point. DASTRE.

Sur quelques faits relatifs au balancement entre la circulation superficielle et la circulation viscérale, par E. WERTHEIMER (*Archives de physiologie p.* 547, 1891).

1° Tandis que la faradisation du bout central du nerf sciatique détermine une rougeur souvent très vive de la muqueuse labio-gingivale, l'excitation par le froid des nerfs cutanés sensibles ne congestionne pas cette membrane (Dastre et Morat). 2° L'antagonisme entre la circulation viscérale et la circulation superficielle est bien mis en évidence dans les expériences suivantes : *a*. Si l'on injecte dans la veine fémorale d'un chien 2 à 4 milligrammes de sulfate de strychnine, l'augmentation énorme de la pression qui résulte de la constriction des petits vaisseaux splanchniques s'accompagne d'une rougeur intense de la muqueuse des lèvres et de la langue. Après la section unilatérale des nerfs vaso-dilatateurs de la langue, la congestion reste limitée au côté intact. L'action de la strychnine se localise donc aux centres vaso-dilatateurs bulbo-médullaires, contrairement à la nicotine qui agit aussi sur les appareils vaso-moteurs périphériques. *b*. L'ergotine, le carbonate de soude, qui font monter la pression, congestionnent également la muqueuse labiale.

DASTRE.

Der Uebergang des Blutzuckers in verschiedenen Körpersäfte (Le transport du sucre du sang dans plusieurs liquides de l'organisme), par F. WEYERT (*Archiv f. Physiologie, p.* 187, 1891).

L'auteur a injecté chez le chien par la veine jugulaire des quantités notables de sucre de raisin (solutions à 10-50 0/0). Il constate que le sucre disparaît rapidement du sang (élimination par la voie rénale et destruction dans l'organisme). Pour maintenir la quantité de sucre du sang à une valeur élevée (maximum 1 0/0 lorsque la voie d'excrétion rénale est perméable, maximum 2 0/0, après ligature des uretères), il est nécessaire de renouveler les injections toutes les cinq minutes. Le sucre se retrouve dans le sang, dans le liquide cérébro-spinal, l'humeur aqueuse, la lymphe, le chyle, ainsi que dans le liquide œdémateux qui s'accumule dans le rein après ligature des uretères. On le retrouve également dans la salive, lorsque le sang en contient 0.8 0/0. L'urine peut contenir dix fois plus de sucre que le sang, tandis que la lymphe en contient presque autant que le sang, chez les animaux qui ont reçu une injection intra-veineuse de sucre.

Pour doser le sucre, l'auteur agite le sang au sortir de l'artère avec 15 à 20 fois son volume d'alcool. Le coagulum finement granuleux est conservé pendant trois ou quatre jours dans l'alcool à une basse température, puis séparé par filtration et lavé dans un mortier avec de nouvelles quantités d'alcool. Les extraits alcooliques sont évaporés au bain-marie, et repris par l'eau. L'extrait aqueux concentré et filtré au besoin est traité par la liqueur de Fehling. L'oxyde cuivreux produit est recueilli sur un filtre d'asbeste et réduit à l'état de cuivre métallique

dans un courant d'hydrogène sec. Le poids du cuivre permet de calculer celui du sucre. LÉON FREDERICQ.

Glycolyse dans le sang et ferment glycolytique, par ARTHUS (*Archives de physiologie, p.* 425, *et* 1892, *n° d'avril*).

1° La détermination du sucre du sang est faite par le procédé de Röhmann modifié, et le titrage de Causse.

Le sucre disparaît du sang. Une température de 50° empêche définitivement la destruction du sucre.

La disparition ne dépend pas de micro-organismes extérieurs, car le sang recueilli dans des matras stérilisés perd son sucre. Les quantités pour 1000 sont : au moment de la prise 1.35; après 24 heures à 15° : 1.10 — après 48 heures : 0.67; après huit jours, traces. A la température de 40°, la destruction serait plus rapide. On aurait : 1.33 — après 1 heure, 1.00 — après 2 heures, 0.73 — après 24 heures traces.

La glycolyse ne résulterait pas de la vie des globules, car on la constaterait dans le sang laqué par plusieurs volumes d'eau — dans le sérum débarrassé de globules par le repos — enfin elle se prolonge pendant des semaines dans le sang oxalaté conservé à l'abri des microbes. Elle résulterait de l'action d'un ferment soluble pour Lépine, le ferment glycolytique. Arthus montre que ce ferment est fixé par la fibrine comme le fibrin-ferment et les ferments digestifs selon von Wittich, Grützner, Gamgee.

Les transsudats (sérosité péritonéale du cheval) contiennent de la pepsine, de la diastase. Ils ne contiennent point de ferment glycolytique; leur sucre ne se détruit pas. De même le plasma oxalaté du cheval, lorsqu'il est rapidement séparé des globules, ne détruit pas son sucre. Le ferment n'est pas en solution dans le plasma.

La glycolyse est très lente ou nulle dans les premiers moments.

Par exemple on trouve 1.61 — 1.58 — 1.50 — 1.36 — 1.16, de quart d'heure en quart d'heure; ou encore : 1.78 — 1.78 — 1.77 — 1.70.

Le sang ne détruit pas son sucre dans les vaisseaux. Le sang de cheval conservé dans la jugulaire conserve sa richesse en sucre. Le ferment ne préexiste pas dans le sang. Il n'existe pas dans le plasma : il n'existe pas dans les globules rouges. L'eau ajoutée au sang favorise la coogulation comme la glycolyse. Cette action ne se produit point avec le plasma seul. En résumé : la glycolyse dans lo sang est un phénomène de fermentation chimique. Le ferment glycolytique n'existe pas dans le sang circulant; il se forme, hors de l'organisme, aux dépens d'éléments figurés autres que les globules rouges. La glycolyse dans le sang est un phénomène cadavérique, comme la coagulation.

2° L'auteur reprend la question pour répondre aux objections faites par Lépine, à savoir qu'il y a dans le sang une transformation du glycogène en sucre qui, dans les premiers moments, peut masquer la glycolyse. Arthus arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas dans le sang de glycogène en quantité chimiquement appréciable : celui qui existe ne peut donner lieu dans aucun cas à la production du sucre en quantité. mesurable. DASTRE.

L'analyse du sucre dans le sang, par A. DASTRE (*Archives de physiologie, p.* 533, 1891).

Les deux méthodes les plus exactes sont la méthode par pesée, modifiée par Aimé Girard, et la méthode par décoloration, avec la modification de Causse. C'est une superstition de la part des physiologistes de s'acharner à débarrasser les liqueurs sucrées des matières albuminoïdes. Celles-ci ne nuisent pas, dans les conditions où l'on opère, si elles restent en dissolution ; et si l'alcalinité du réactif cuprique ne suffit pas pour cela, on y ajoute de la potasse. Si l'on opère par décoloration, il faut s'assurer préalablement de la nature du sucre que l'on recherche (glucose); opérer sur une liqueur peu colorée, qu'elle contienne ou non des albuminoïdes, pourvu que ceux-ci restent dissous ; titrer la liqueur au moyen des cristaux de glucose pure. La cause d'erreur principale vient de l'irrégularité et de l'insuffisance de l'épuisement. Et ceci est dû à ce que les grumeaux des albuminoïdes coagulés du milieu aqueux retiennent fortement du sucre fixé mécaniquement. Cet inconvénient n'existe plus lorsque l'on opère l'épuisement du magma par l'alcool. L'ammoniaque et les solutions salines ne troublent point le dosage. Les résultats dépendent surtout du degré de l'épuisement et de l'action du feu nu.

DASTRE.

I. — Sur la fusion des sensations chromatiques perçues isolément par chacun des deux yeux, par A. CHAUVEAU (*Compt. rend. acad. des sciences, 7 septembre* 1891).

II. — Sur les sensations chromatiques excitées dans l'un des deux yeux par la lumière colorée qui éclaire la rétine de l'autre œil, par LE MÊME (*Ibidem, 21 septembre* 1891).

III. — Sur la théorie de l'antagonisme des champs visuels, par LE MÊME (*Ibidem, 12 octobre* 1891).

I. — On admet généralement, d'après Helmholtz, que deux couleurs reçues simultanément et isolément sur les points correspondants des deux rétines, puis transmises respectivement aux centres percepteurs, ne sont pas fusionnées et ne donnent pas la sensation de la couleur résultante. Il en est ainsi en effet par le fait de l'antagonisme des champs visuels, lequel a pour résultat de faire prédominer alternativement la sensation de l'un des deux yeux. Mais on peut écarter cet obstacle : en effet, au moyen de l'éclairage instantané (par l'étincelle électrique par exemple), et à la condition que la vue soit parfaitement égale dans les deux yeux, on fait disparaître l'antagonisme des champs visuels aussi bien pour les contours que pour les couleurs ; c'est pourquoi en examinant au stéréoscope des images stéréoscopiques de couleurs complémentaires, on a, avec l'éclairage instantané, la perception à la fois du relief et de la couleur résultante ; il y a donc bien, contrairement à l'opinion de Helmholtz, fusion des sensations chromatiques perçues isolément par chacun des deux yeux.

II. — Des expériences du même ordre montrent que l'excitation d'une rétine par de la lumière colorée influence non seulement les centres percepteurs qui correspondent à cette rétine, mais encore ceux du côté opposé, en leur donnant l'aptitude à distinguer, dans le blanc, la couleur

excitatrice, tandis que la rétine excitée ne voit, dans le blanc, que la couleur complémentaire de cette dernière.

III. — L'antagonisme des champs visuels ne peut être interprété autrement que comme une manifestation de l'influence exercée par les excitations d'une rétine sur les centres optiques en rapport avec l'autre rétine. Dans les cas de perception non identique, les deux centres percepteurs de droite et de gauche exercent un effet alternatif et réciproque d'inhibition, d'où la prédominance alternante de l'une ou de l'autre image, c'est-à-dire la variabilité incessante de l'image combinée. Mais le système des alternances du pouvoir inhibitoire est assez lent pour que, dans le cas d'éclairage de courte durée, il se produise constamment, avec des couleurs différentes, la sensation résultante exactement homogène. M. DUVAL.

I. — Expérience démontrant la production de vibrations dans l'appareil visuel sous l'influence des excitations lumineuses.

II. — Méthode pour l'observation des interférences rétiniennes.

III. — Résultats d'expériences sur les interférences rétiniennes.

IV. — Phénomènes de coloration apparente observés sous l'influence d'excitations lumineuses instantanées.

V. — Persistance des impressions lumineuses; coloration entoptique des lumières blanches instantanées, par A. CHARPENTIER (*C. R. de la Soc. de biol.* 16, 23 *mai et* 18 *juillet* 1891).

I. — Un petit objet lumineux, déplacé sur champ obscur avec une vitesse convenable, montre le long de son image consécutive, pourvu qu'elle soit suffisamment persistante, des bandes sombres d'interférence très appréciables et également espacées. Le phénomène tient à ce que l'impression lumineuse, une fois produite sur un point donné de la rétine, n'y reste pas confinée, mais se propage à toute l'étendue du champ visuel; cette propagation se fait avec une vitesse uniforme que l'on peut déduire précisément des circonstances de l'expérience, telle que l'intervalle des bandes sombres et la vitesse de déplacement du corps lumineux.

II. — Dans la seconde communication C. donne le détail des opérations. Il fournit une formule pour exprimer la longueur apparente de l'oscillation rétinienne déplacée avec une certaine vitesse.

III. — Le phénomène, observé et mesuré par l'auteur, peut se comprendre ainsi : toute excitation lumineuse provoque dans la rétine une ondulation négative qui naît 1/60e de seconde après le début et se propage à partir du point excité avec une de vitesse de 72 millimètres à la seconde. Cette ondulation est suivie d'autres ondulations analogues.

IV. — Des excitations lumineuses, bien limitées sur la rétine et faites avec de la lumière blanche, paraissent dans certaines conditions de durée et d'intensité lumineuses nettement colorées, et de teintes diverses pour différentes excitations simultanées. Il faut que l'excitation ne dure pas au delà de 2 à 3 dixièmes de seconde; l'éclairement ne doit pas dépasser une certaine valeur toujours assez faible, égale au centuple du minimum perceptible.

V. — L'auteur distingue la persistance apparente pendant la durée de

laquelle l'excitation conserve son intensité originelle, de la persistance totale pendant laquelle l'excitation reste encore perçue, quoique décroissant progressivement d'intensité. La persistance est d'autant plus grande que l'éclairage est plus fort, tandis que la persistance partielle varie en sens contraire de l'éclairage. Les images persistantes sont plus courtes dans la vision indirecte : dans la persistance apparente, la différence est moins marquée.

VI. — L'auteur revient sur la coloration entoptique des lumières blanches instantanées. A. DASTRE.

Recherches psychophysiques sur le sens tactile, par M. MENDELSOHN (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 621, 25 *juillet* 1891).

Les sensations de pression varient non seulement suivant l'intensité de l'irritant (le poids), mais aussi suivant l'étendue de la surface cutanée soumise à la pression. La perceptibilité différentielle (mesurée au moyen de deux poids différents agissant simultanément, sur une étendue égale) n'est pas une grandeur absolue : elle varie suivant l'excitabilité de la peau et le degré de perceptibilité du cerveau. L'acuité tactile (surface d'action variant tandis que l'intensité de l'irritant reste la même) ne marche pas toujours de pair avec la perceptibilité différentielle. Celle-ci n'est pas soumise à la loi de Fechner. La peau devenant moins sensible, l'acuité tactile diminue plus rapidement que la perceptibilité différentielle. DASTRE.

Ueber das Vorhandsein... (Sur l'existence d'impressions olfactives dans le larynx), par P. MICHELSON (*Archiv f. pathol. Anat*, *CXXIII*, 3).

Au moyen d'une sonde, Michelson porta quelques gouttes d'une solution concentrée de quinine ou de saccharine dans le larynx. Il usa de toutes les précautions nécessaires pour qu'aucune parcelle ne touchât un point quelconque de la cavité buccale. Il répéta à diverses reprises cette expérience sur 25 personnes de sexe et d'âge variables.

De ces 25 personnes, 17 accusèrent, après le contact exercé par la quinine sur le larynx, une saveur « amère » ; deux éprouvèrent une sensation quelque peu amère ; une personne perçut une saveur « doux-amer » ; une autre trouva la solution « salée » ; les autres personnes n'accusèrent rien de bien déterminé. L'expérience faite avec la solution de saccharine donna lieu huit fois à une saveur sucrée et quatorze fois à une sensation légèrement sucrée. L'application d'un courant électrique sur la surface intérieure du larynx détermina (sur un étudiant) une sensation amère à l'électrode positive, et une saveur alcaline à l'électrode négative.

Ces essais permettent d'admettre que la surface intérieure du larynx est le siège de sensibilité gustative. S'il est établi comme le pense W. Krause, que le nerf glosso-pharyngien innerve l'épiglotte, il est facile de se rendre compte de la voie suivie par l'impression gustative. ÉD. RETTERER.

I. — Ueber die Folgen lange fortgesetzter eiweissarmer Nahrung (Influence d'une alimentation pauvre en albumine prolongée pendant longtemps), par J. MUNK (*Archiv für Physiologie, p.* 338, 1891).

II. — Ueber den gesundheisschädigenden Einfluss eiweissarmer Nahrung (Sur l'influence nuisible d'une alimentation pauvre en albumine), par Th. ROSENHEIM (*Ibidem*, *p*. 341, 1891).

I. — E. Salkowshi, J. Munk, Kumagawa, F. Hirschfeld, ont montré que l'homme et les animaux peuvent être maintenus en équilibre nutritif d'azote au moyen d'une ration alimentaire extrêmement pauvre en albumine, pourvu que les aliments non azotés soient ingérés en quantité suffisante.

J. Munk a fait sur une chienne une expérience destinée à vérifier si l'animal peut supporter pendant longtemps un tel régime alimentaire riche en graisse et en féculents, mais pauvre en albumine. L'animal pesait 12 kilogrammes, et l'équilibre d'azote s'était maintenu pendant 40 jours, au moyen d'une ration alimentaire diurne, comprenant 34 grammes d'albumine, 38 grammes de graisse et 70 grammes de féculents. L'animal reçut ensuite une ration, ne contenant plus que 17 grammes d'albumine, avec 56 grammes de graisse et 116 grammes de féculents. L'équilibre d'azote et le poids se maintinrent au début de l'expérience. Mais l'animal s'affaiblit et devint malade au bout de moins de deux mois. (Résorption intestinale insuffisante.) Il fallut bientôt recourir à une alimentation purement animale pour le rétablir.

Une alimentation suffisante, mais pauvre en albuminoïdes paraît donc exercer au bout de quelques semaines une influence nuisible sur la digestion et sur la résorption, spécialement sur la résorption de la graisse.

II. — L'auteur relate une expérience analogue à celle de Munk. Un chien pesant 11 kilogrammes fut nourri au moyen d'une ration ne contenant que 28 grammes d'azote par jour. L'animal qui s'était bien porté au début, commença à s'affaiblir à partir de la fin du deuxième mois et mourut deux mois et demi après le début de l'expérience. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse du foie et des parenchymes, des glandes intestinales et gastriques, et les lésions d'un catarrhe gastro-intestinal.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Verdauung der Stärke bei Hunden (Sur la digestion de la fécule chez le chien), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Archiv für Physiologie*, *p*. 212, 1891).

Les auteurs faisaient prendre à leurs sujets d'expérience un repas riche en féculents (115 grammes de riz, représentant 100 grammes de résidu sec) puis les tuaient 1, 2, 3 heures après l'ingestion et analysaient soigneusement le contenu des différents segments du tube digestif. Ils ont pu dresser aussi un tableau exact et complet de la marche de la digestion des féculents chez le chien.

Les féculents séjournent peu de temps dans l'estomac, qui d'ailleurs n'intervient pas dans leur digestion. La digestion et la résorption des féculents est terminée en quelques heures (6 heures), elle parcourt ses phases d'abord plus lentement, mais ensuite beaucoup plus rapidement que la digestion de la viande chez le même animal. La sensation de faim et de vacuité stomacale se montre rapidement après un repas riche en féculents.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur l'utilisation des aliments gras dans l'intestin, par A. DASTRE (*Archives de physiologie*, p. 711, 1891).

L'utilisation des aliments gras dépend de deux ordres de conditions : les unes physiques, les autres physiologiques. Parmi les premières, la principale c'est le point de fusion. Les graisses liquides au-dessous de la température normale peuvent être presque entièrement absorbées (déchet 2 à 3 0/0). La stéarine (fusion 60°) échappe presque entièrement à la digestion. Mais l'absorption dépend aussi de conditions physiologiques que l'auteur étudie en détail. Voici les conclusions :

1° La digestion normale des graisses alimentaires donne lieu à un déchet. En ce qui concerne la quantité de ces substances qui sont rejetées de l'intestin avec fèces, on peut dire qu'elle dépend de l'état de l'animal et des conditions du régime; à savoir : quantité et nature de l'aliment gras, quantité et nature des aliments qui lui sont mélangés. En diminuant de 16 0/0 par exemple la graisse de l'aliment, on a diminué de 9 0/0 la graisse de l'excrément. La quantité totale des fèces est en rapport avec le déchet des graisses. Le rendement digestif est meilleur lorsque la quantité diminue et s'approche d'une limite pour laquelle il n'y aurait pas de déchet; mais la quantité absorbée est d'autant plus grande, en valeur absolue, que la quantité ingérée est elle-même plus grande. 2° L'aliment gras rejeté avec les fèces est sous deux états : à l'état de graisses neutres sous lequel il a été offert et, à l'état modifié d'acides gras libres, de savons acides et de savons terreux. La proportion de graisses modifiées est d'environ un quart par rapport aux graisses non modifiées. Les premières ont, en quelque sorte, subi une action corrélative de l'action digestive. 3° La proportion des acides gras libres aux graisses neutres est assez élevée (16 à 6 0/0). 4° Il n'y a jamais eu dans les excréments de savons alcalins neutres, soit dans le cas de l'animal normal qui digère avec sa bile, soit dans le cas du chien à fistule biliaire qui digère sans bile. 5° Dans la digestion avec bile il y a une proportion notable d'acides gras rejetés, tandis qu'en l'absence de bile les excréments n'ont point d'acides gras libres. 6° Les substances solubles dans l'éther et non saponifiables sont en quantité négligeable dans les fèces. Les savons acides se sont montrés assez abondants.

DASTRE.

Sur la fonction glycogénique chez la grenouille d'hiver, par DEWEYRE (*C. R. de la Soc. de biol.*, p. 19, 1892).

Moleschott (1854) a annoncé qu'après l'ablation du foie chez la grenouille, le sucre n'existe plus dans le sang. Le fait est exact chez la grenouille d'hiver. Mais alors, d'après Schiff, il n'y aurait pas normalement dans les conditions d'hibernation de glycogène dans le foie, ni de sucre dans le sang. L'ablation n'aurait rien modifié.

L'auteur reprend ces observations et en fixe les circonstances. Dans l'inanition simple, le glycogène du foie disparaît en quinze jours à trois semaines. Dans l'hibernation, le glycogène et le sucre du sang disparaissent graduellement en trois ou quatre mois. La piqûre du quatrième ventricule tend à devenir tout à fait inefficace. Les marmottes sont, au contraire, rendues diabétiques par l'hibernation. Si le glycogène tend à

disparaître du foie chez la grenouille d'hiver, il tend, au contraire, à augmenter dans les muscles, pendant les premières semaines. Ils en renferment, au début de l'hiver, deux fois plus qu'en été. Une partie du glycogène musculaire viendrait du foie, puisqu'il augmente encore quand la grenouille a cessé de se nourrir et a commencé son hibernation. Le glycogène musculaire diminue lentement : il en reste encore au réveil. Dans l'inanition, le glycogène disparaît d'abord du muscle. Le glycogène musculaire n'est pas indispensable à la contraction : il se détruit en dehors d'elle. DASTRE

Recherches sur l'action physiologique de la peptone et de la propeptone, par A. GROSJEAN (*Mémoires de l'Académie royale de Belgique, XLVI, p. 1, et Travaux du laboratoire de physiologie de Liège, IV*).

Propeptone. — Une injection de propeptone pratiquée chez le chien, à raison de 15 centigrammes (ou davantage) par kilogramme d'animal abaisse rapidement la pression artérielle qui tombe au quart de sa valeur primitive. Il en résulte une suppression de la sécrétion urinaire. La pression remonte ensuite peu à peu vers son niveau primitif. Lorsque la pression est déjà remontée à une certaine hauteur, une nouvelle injection n'abaisse plus que fort peu la pression. Une troisième et surtout une quatrième injection restent à peu près sans effet sur la pression. Celle-ci continue à remonter malgré ces injections. Il y a une sorte d'immunité acquise. La chute de pression est due à une vaso-dilatation probablement d'origine centrale.

Il y a généralement au début excitation du centre cardiaque modérateur de la moelle allongée et aussi action directe sur le cœur, d'où ralentissement des battements, malgré la chute de pression. Au moment de l'injection, il y a une vive excitation se traduisant par des cris, des mouvements cloniques de tout le corps et une respiration haletante. Au bout d'une minute, l'excitation fait place à la narcose et à la résolution musculaire.

La coagulation du sang est abolie et ne reparaît ordinairement qu'après plusieurs heures, parfois seulement le lendemain. Lorsque la coagulabilité a reparu, une nouvelle injection ne l'abolit plus. Il y a ici également une espèce d'immunité conférée par une première injection vis-à-vis des injections suivantes.

On voit que l'injection de 15 centigrammes de propeptone pure produit à peu près les effets d'une injection de 20 à 30 centigrammes de peptone commerciale.

L'injection de peptone pure (exempte de propeptone) ne supprime pas la coagulabilité du sang chez le chien, mais la diminue plus ou moins. La pression artérielle subit une baisse beaucoup moins prononcée que pour la propeptone. D'ailleurs la pression sanguine remonte rapidement et atteint ensuite dans la plupart des cas un niveau supérieur au niveau primitif. Cette augmentation de pression ne se maintient pas et fait bientôt place à une seconde chute moins importante et plus lente que la première.

Le lapin est beaucoup moins sensible aux injections de peptone et de propeptone que le chien. Il n'y a pas suppression de la coagulation du sang. LÉON FREDERICQ.

I. — Zur Physiologie der Pigmentzellen (Sur la physiologie des cellules pigmentées), par **S. EHRMANN** (*Centralbl. f. Physiologie*, V, p. 326, 1891).

II. — Ueber Farbenwechsel bei niederen... (Sur les changements de coloration provoqués par l'action directe de la lumière sur les cellules pigmentées), par **E. STEINACH** (*Centralbl. f. Physiologie*, V, p. 336, 1891).

I. — La couleur verte de la rainette est due à un mélange de jaune et de bleu agissant sur notre rétine. Le pigment jaune de la peau de la rainette est contenu (ainsi que du pigment blanc, et une petite quantité d'un corps irisé) dans de grandes cellules sousépithéliales. Le bleu est produit par des chromatophores noirs situés plus profondément et qui paraissent bleuâtres brunâtres à cause du milieu trouble qui les recouvre. Les changements de coloration sont produits par des déplacements de ces chromatophores qui peuvent venir recouvrir les cellules jaunes. Il peut également y avoir déplacement du pigment jaune à l'intérieur des cellules jaunes et mélange de ce pigment avec le pigment blanc.

L'auteur décrit une série d'expériences dans lesquelles il produit des changements de coloration de la peau, par l'action de la lumière, par celle de la chaleur, par le contact du chlorure de sodium ou par la section des nerfs.

II. — L'auteur a fait des expériences nombreuses sur les grenouilles verte et brune, sur la rainette et sur plusieurs espèces de poissons, qui prouvent que les changements de coloration de la peau sous l'influence de la lumière peuvent se produire en dehors de toute intervention du système nerveux central.

Je me borne à citer ici une de ces expériences. Le dos d'une rainette exposée à la lumière est caché par un papier noir portant une petite fenêtre carrée. En enlevant l'écran de papier, on constate que tout le dos est vert foncé, sauf le carré éclairé, qui est vert clair. L'animal est transporté vers le fond de l'appartement, où règne un éclairage peu intense : sa couleur du dos s'éclaircit de plus en plus, tandis que le carré subit un changement inverse et tranche bientôt en sombre sur le fond clair du reste du dos. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über den Pigmentgehalt der Milz... (Sur le contenu pigmentaire de la rate à l'état physiologique et pathologique), par **E. WICKLEIN** (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 1).

Wicklein a répété les expériences de Sokoloff sur la circulation de la rate : le sang traverse cet organe dans des vaisseaux bien circonscrits et à parois complètes. Les troubles circulatoires amènent aisément l'extravasation du sang.

La rate normale du chien renferme constamment un pigment granuleux, dont les propriétés sont celles du pigment hématogène. La quantité de ce pigment varie dans des proportions notables. En produisant des stases veineuses dans la rate, on n'augmente pas la masse du pigment splénique, même quand le sang extravasé est considérable. Une partie du pigment semble même disparaître dans ces conditions.

L'injection du sang dans le péritoine et sa résorption n'apportent aucune modification dans la proportion du pigment contenu dans la

rate. A la suite des stases veineuses et de l'extravasation des globules rouges, ceux-ci sont ramenés dans le courant sanguin, grâce à la contraction des muscles lisses de la capsule splénique. Ces globules rouges ne sont pas altérés si les troubles circulatoires n'ont pas dépassé l'espace d'une demi-heure.

Dans la rate paraissant normale à tous égards, on trouve une substance renfermant un oxyde de fer.

Ce pigment ferrugineux pourrait provenir des globules rouges du sang. Ceux-ci, en traversant les vaisseaux les plus fins de la rate, perdraient leur hémoglobine, allant imprégner les éléments de la rate sous une forme soluble.

Mais quelle que soit son origine, la présence du pigment ferreux dans la rate n'est pas due à des troubles circulatoires. La production de ce pigment semble être le résultat de l'activité spéciale des cellules du tissu splénique. Il est probable que les éléments de la rate sont susceptibles d'élaborer du pigment aux dépens des matériaux nutritifs du sang qui traverse cet organe. ED. RETTERER.

Sur les caractères du sang efférent des capsules surrénales, par ARNAUD et ALEZAIS (*Marseille médical*, n° 7, *p.* 393, 1891).

Le sang qui sort des capsules surrénales, quoique contenu dans une veine, présente la rutilance du sang artériel. Recueilli avec les précautions nécessaires et examiné au spectroscope il offre les deux raies ordinaires de l'hémoglobine oxygénée. La proportion des globules rouges et blancs est normale; il y aurait peut-être un plus grand nombre de petits globules rouges.

Ces constatations montrent que le sang qui traverse les capsules surrénales, y joue un autre rôle que celui de la nutrition commune de tous les tissus. Du reste la riche vascularisation de ces organes est hors de proportion avec une fonction aussi simple. LEFLAIVE.

1° Sur les fonctions des capsules surrénales chez la grenouille; 2° mort des grenouilles après destruction des deux capsules surrénales; 3° action toxique du sang des mammifères après la destruction des capsules surrénales, par ABELOUS et LANGLOIS (*C. R. de la Soc. de biol*, *p.* 792, 855, 1891 *et p.* 165, 1892).

1° La destruction des deux capsules surrénales entraîne fatalement la mort. La destruction d'une seule capsule n'entraîne pas la mort. Si l'on enlève une capsule et qu'on laisse un segment notable de l'autre, la survie est indéfinie. L'injection intra-veineuse du sang d'une grenouille mourante d'ablation, à une grenouille fraîchement opérée, entraîne la paralysie et une mort rapide. L'insertion sous la peau dans le sac lymphatique dorsal de capsules d'une grenouille normale prolonge la survie. L'injection d'extrait aqueux, intra-veineuse ou sous-cutanée, retarde la mort.

La mort semble donc le résultat d'une intoxication. Les capsules surrénales seraient chargées d'élaborer une ou plusieurs substances de nature inconnue, dont le rôle serait de neutraliser la toxicité de substances fabriquées au cours des processus de nutrition.

2° Cette substance toxique ou ces substances toxiques paralysent les nerfs moteurs. On s'en assure en recueillant le sang d'un animal opéré

depuis longtemps et mourant, dans de l'eau salée, et en l'injectant à une autre grenouille récemment opérée. Au bout de 15 minutes il y a paralysie nerveuse mais non musculaire. L'intoxication ressemble à celle du curare. Elle porte surtout sur les plaques motrices terminales.

3° Si l'on injecte à des grenouilles du sérum ou du sang dilué dans du sérum artificiel de cobaye mort à la suite de la destruction des capsules, on provoque des paralysies qui semblent porter sur les terminaisons motrices des nerfs. DASTRE.

Contribution à l'étude physico-chimique de la fonction du rein, par C. CHABRIÉ (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *novembre* 1891).

Le rein transforme le sang en urine en en séparant les éléments histologiques, ce qui est un fait de simple filtration; et en en retranchant les substances albuminoïdes, ce qui constitue une opération un peu plus compliquée. Mais en plaçant du sérum sanguin dans un dialyseur, on voit que le liquide qui passe renferme les principes caractéristiques de l'urine (urée et sels), tandis que l'albumine n'a pas passé. L'auteur en conclut que ce dialyseur fonctionne comme le rein normal. Mais on sait que dans certains cas pathologiques le rein laisse passer la sérine. Or, en comparant la grandeur des *volumes moléculaires*, et en constatant que ces volumes sont beaucoup plus considérables pour les substances albuminoïdes du sang que pour l'urine, l'acide urique, et en général les matières organiques de l'urée, l'auteur est amené à penser que le rein laisse d'abord passer les plus petites molécules, puis les plus considérables (albumine) lorsque, par suite de la destruction de son tissu ou par une autre cause, ses molécules viennent à le traverser comme des graviers qui passent à travers un crible. Nous reproduisons dans cette analyse les termes mêmes employés par l'auteur, et nous pensons, par les lignes qui précèdent, avoir donné une idée suffisante de sa théorie, sans qu'il y ait lieu de le suivre dans l'exposé des expériences entreprises pour la confirmer, et consistant en somme à comparer la facilité de passage à travers un filtre, avec ou sans pression, des substances qui ont une *grandeur moléculaire* plus ou moins petite. M. DUVAL.

Zur Physiologie des Schlafes (Sur la physiologie du sommeil), par L. BREISACHER (*Archiv für Physiologie*, *p.* 321, 1891).

L'auteur a recueilli chez lui-même pendant une période de dix jours, les urines de la nuit, celles de la matinée et celles de l'après-midi, et y a déterminé quantitativement l'azote et l'acide phosphorique. Pour l'acide phosphorique, il trouve en moyenne la nuit 7,977, le matin 7,184, l'après-midi 8,903. Le minimum d'azote excrété correspondit neuf fois sur dix à l'urine de la nuit.Le rapport de l'acide phosphorique à l'azote, fut en moyenne, la nuit, 1,89 : 100 ; le matin, 13,7 : 100 et l'après-midi, 14,6 : 100.

L'auteur combat la théorie chimique en vertu de laquelle le sommeil serait dû à une accumulation de substances fatigantes (*Ermudungsstoffen*) dans les centres nerveux. Pour lui, il n'y a pas de différences fondamentales entre les échanges nutritifs des centres nerveux à l'état de veille et à l'état de sommeil. LÉON FREDERICQ.

Hörsphäre und Ohrbewegungen (**Sphère auditive et mouvements de l'oreille, par B. BAGINSKY** (*Archiv f. Physiologie, p.* 227, 1891).

Les recherches de Ferrier et de ses successeurs ont établi que l'excitation de la partie supérieure du lobe temporal du cerveau du chien provoquait des mouvements de l'oreille. L'auteur a découvert que la partie tout à fait inférieure de ce lobe réagissait de même. L'excitation électrique des parties inférieures des IIIe et IVe circonvolutions (numérotées d'après l'ordre adopté en Allemagne) temporales en arrière de la scissure de Sylvius, produit des mouvements des yeux et des secousses dans le pavillons de l'oreille du côté opposé. Entre la région sur laquelle Ferrier a expérimenté et celle dont il est question ici, il y a là une lacune au point de vue de l'excitabilité, une portion de l'écorce cérébrale dont l'électrisation ne provoque pas de mouvements du pavillon de l'oreille. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber einige Bestandtheile des Nervenmarks (**Sur quelques constituants de la moelle nerveuse), par A. KOSSEL** (*Verhandl. physiol. Ges. Berlin*, 24 *juillet* 1891 *et Archiv für Physiologie*, 1891).

L'auteur a préparé de grandes quantités de protagone et a constaté que ce protagone contient toujours une petite quantité de soufre (0,50 à 0,92 0/0).

Le protagone contient-il de la lécithine ? Les auteurs ont montré que les graisses ainsi que la lécithine sont saponifiées à froid par l'action de l'éthylate de sodium (natrium alkoholat). Aussi la lécithine se décompose en acide gras, glycérine, acide phosphorique et neurine. La totalité de l'acide phosphorique peut être enlevée par l'eau. Si l'on traite pareillement par l'éthylate de sodium, du protagone dissous dans le benzol, tout l'acide phosphorique n'est pas mis en liberté et enlevé par les lavages à l'eau. Il reste dans la solution de benzol deux combinaisons phosphorées acides nettement cristallisées. Une partie au moins du phosphore du protagone s'y trouve dans un autre état que dans la lécithine.

La décomposition du protagone fournit-elle de la cérébrine ? L'auteur a décomposé une grande quantité de protagone (150 gr.) par la baryte et obtenu environ 50 0/0 de cérébrines : de cérébrine proprement dite et de l'*homocérébrine* ou *cérasine* (*kerasin*).

Le poids moléculaire de l'homocérébrine, déterminé par le procédé d'ébullition de Raoult-Beckmann fut trouvé de 981, nombre qui ne s'éloigne pas trop du poids moléculaire minimum de 1198 admis par Parcus. L'homocérébrine forme une combinaison avec l'anhydride benzoïque et une autre avec le brome. La combinaison bromée est soluble

dans l'éther, le benzol, l'alcool. Sa formation pourrait être utilisée dans la technique histologique, comme moyen de débarrasser la moelle nerveuse des combinaisons d'où provient la cérébrine. Cette combinaison est lévogyre $\alpha[D] = 12° 48'$.

L'auteur a retrouvé la cérébrine dans la substance cérébrale de l'esturgeon. Dans les centres nerveux elle paraît n'appartenir qu'à la moelle nerveuse : la substance grise en contient peu (Petrowsky) et le cerveau embryonnaire pas du tout (Raske).

Lehmann et Hoppe-Seyler avaient signalé la présence de la cérébrine dans les cellules de pus. L'auteur a constaté que la cérébrine du pus n'est pas identique à celle du cerveau. Il y distingue au moins deux substances nouvelles auxquelles il donne le nom de pyosine et pyogénine. Le sperme d'esturgeon contient également de la cérébrine. L'auteur termine sa notice en signalant ce fait que la cérébrine est une substance peu altérable. Il l'a rencontrée dans l'adipocire provenant de cadavres ayant séjourné plus de 10 ans dans la terre. LÉON FREDERICQ.

Alkalimetrische Untersuchungen des Blutes bei Krankheiten (Recherches alcalimétriques sur le sang dans les maladies), par RUMPF (*Centralblatt für klin. Med.*, *n°* 24, *p.* 441, 1891).

Le degré d'alcalescence du sang ne varie que dans des limites très étroites. Cent centimètres cubes ont une alcalescence qui égale celle de 182 à 218 milligrammes de soude hydratée. D'une manière générale, chez les femmes et les enfants, cette alcalescence est moindre que chez les hommes adultes. Elle est constamment au-dessous de la normale dans les anémies graves, et elle est d'autant plus diminuée que le nombre des globules, la teneur en hémoglobine et le poids spécifique sont moindres. Chez les chlorotiques, cette diminution n'existe pas, ou du moins est peu prononcée. L'alcalescence est au contraire très réduite dans la leucémie, le diabète sucré, l'urémie, le cancer, les états cachectiques, les pseudoleucémies, l'empoisonnement par les acides et les fièvres avec hyperthermie considérable. LEFLAIVE.

Nouvelle méthode pour la recherche des peptones et nouveau procédé pour le dosage des matières albuminoïdes, par DEVOTO (*Archivio italiano di clin. medica*, *p.* 137, 1891).

Devoto a cherché un procédé permettant de séparer les albuminoïdes coagulables de celles qui ne le sont pas.

On ajoute au liquide albumineux 80 gr. 0/0 de sulfate d'ammoniaque cristallisé, ou suffisamment pour obtenir une saturation complète à froid; on porte le récipient au bain-marie, on agite avec une baguette de verre et la dissolution du sel s'effectue en 10 à 15 minutes. Une fois la dissolution terminée, on expose le récipient à l'action de la vapeur d'eau bouillante et on obtient ainsi au bout de 30 à 40 minutes, la coagulation des matières albuminoïdes. Si on laisse le liquide plus longtemps (2 heures) le coagulum devient plus dense, la filtration et le lavage se font avec une très grande facilité.

La coagulation complète obtenue par ce moyen est indépendante de la réaction alcaline ou acide du liquide ; aussi la méthode qui ne néces-

site pas l'addition au liquide d'une certaine quantité d'acide est-elle supérieure à celle de Scherer. Pour soumettre à la chaleur le liquide, on le porte dans la marmite de Sohxlet (usitée pour la stérilisation du lait).

On recherche les peptones dans le liquide de lavage du précipité ; la réaction du biuret n'est significative que si les autres réactions des albuminoïdes n'ont donné aucun résultat. G. LYON.

Ueber die Darmfäulniss bei Nierenentzündungen und Icterus (De la putréfaction intestinale dans les néphrites et dans l'ictère), par BIERNACHI (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLIX*, 1, *p.* 87, 1891).

L'intensité des putréfactions intestinales dépend en majeure partie de l'alimentation, en sorte que l'excrétion par l'urine des produits de cette putréfaction sont soumis à de grandes variations. L'alimentation albumineuse favorise les putréfactions, et l'albumine végétale semble encore plus putréfiable que celle d'origine animale. Dans la diète lactée les putréfactions sont à leur minimum. Dans la néphrite il se fait une excrétion exagérée d'éthers sulfo-conjugués, en raison des troubles de la sécrétion gastrique qui accompagnent cette maladie. Il existe en effet un rapport entre la quantité d'HCl gastrique et le degré de la putréfaction intestinale. Dans l'ictère,les putréfactions s'exagèrent énormément, sans doute en partie, à cause de l'absence de bile dans l'intestin. A la fin de l'ictère il se fait une hypersécrétion urinaire. Dans l'ictère, comme dans les autres putréfactions intestinales, le calomel n'a pas de propriétés désinfectantes. Dans la néphrite hémorragique, la quantité totale de soufre dans l'urine est plus grande que d'habitude, probablement à cause de la destruction des globules rouges. C. LUZET.

De la toxicité des urines considérée comme source du diagnostic et du traitement dans les maladies, par SEMMOLA (*Bull. Acad. de méd.*, 4 *août* 1891).

L'auteur convaincu qu'un grand nombre de symptômes graves, qui caractérisent les maladies infectieuses, sont dus à de vrais empoisonnements produits par les toxines qui se fabriquent dans l'économie, a pensé que l'analyse biologique des urines dans le courant de ces maladies pourrait donner des résultats utiles au point de vue du diagnostic. Par des injections d'urine à doses progressives sur une série d'animaux, le cobaye et le lapin, il est arrivé à avoir une idée exacte des graduations de la forme toxique expérimentale.

L'application de cette méthode lui a permis, dans un cas de pneumonie infectieuse très grave à la suite d'influenza, de trancher une question de diagnostic survenue le quatrième jour avec l'apparition de phénomènes tétaniques pouvant faire craindre une méningite cérébro-spinale. Des injections, faites avec de l'urine des douze premières heures, ayant reproduit chez les animaux les mêmes accidents, Semmola en tira la conclusion qu'il y avait là simplement un tableau toxique, sans crainte de méningite, assertion que la suite vint confirmer.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un vaste phlegmon du bras avec un état septicémique très grave. Les mêmes expériences furent instituées et elles donnèrent un résultat positif au début et négatif plus tard, alors

que le malade restait plongé dans la prostration, ce qui, en réalité, était dû à un état diarrhéique. OZENNE.

Recherches sur la toxicité urinaire chez les cardiaques, par DUCAMP (*Montpellier médical, n° 7, p.* 293, 1891).

La toxicité urinaire reste normale dans les lésions cardiaques qui ne s'accompagnent ni d'une grosse hypertrophie du cœur ni de trouble de la circulation périphérique; dans ces mêmes conditions, si le régime lacté est substitué au régime ordinaire, la toxicité peut diminuer d'un tiers.

Dans l'asystolie, la toxicité urinaire s'abaisse considérablement et n'arrive plus qu'à la moitié de la normale, le myosis n'apparaît alors que tardivement, et il n'y a pas d'effet diurétique.

Dans l'hypertrophie du cœur, la toxicité est élevée, atteint et dépasse même le double de la toxicité normale. G. LYON.

Toxicité des extraits de tissus normaux, par ROGER (*C. R. Soc. de biol.*, *p.* 727, 1891).

L'auteur extrait à 0° les liquides de macération des différents organes dans l'eau salée à 6/1,000. — Ces produits filtrés sont neutralisés, chauffés à 35° injectés dans l'oreille du lapin. La toxicité varie d'un organe à l'autre. Elle semble dépendre surtout de matières albuminoïdes coagulables par la chaleur. Les tissus normaux renferment des substances toxiques. ASTRE.

I. — Ricerche sperimentali sulla tossicità delle urine degli ammalati sottoposti alle iniezioni della linfa di Koch raccolte alla fine del periodo di reazione, par A. CANTIERI (*Rivista clinica*, 1891).

II. — Ulteriori esperienze sulle urine dei tuberculosi inoculati colla linfa di Koch, par LE MÊME (*Rivista clinica*, 1891).

III. — Sulla linfa di Koch, studio clinico-sperimentale, par LE MÊME (*Atti della R. Accad. dei Fisiocritici di Siena*, *4e série, vol. III*, 1891).

I. — L'urine sécrétée après les injections de lymphe de Koch est beaucoup plus toxique que celle de l'homme sain; tandis que l'urine naturelle est toxique à la dose de 20 centimètres cubes et produit la mort à la dose de 60 centimètres cubes par kilogramme d'animal chez le lapin, l'urine des sujets soumis aux injections de tuberculine est toxique à la dose de 8-12-16 centimètres cubes et cause parfois la mort à cette dose. Les injections de cette urine produisent des accès tétaniformes plus rapides et plus intenses que les injections d'urine normale. La toxicité des urines n'est pas proportionnelle à l'intensité de la réaction fébrile et doit tenir à d'autres causes qui ne sont pas encore déterminées. Ce n'est pas la quantité d'urée qu'elles renferment qui élève leur toxicité.

II. — Les urines des sujets soumis aux injections de lymphe de Koch causent constamment la mort quand on les injecte au lapin à la dose de 24 centimètres cubes par kilogramme d'animal; les urines des tuberculeux cachectiques ne produisent la mort qu'à des doses variant de 86 à 130 centimètres cubes. Le principe toxique de ces urines n'a pas encore

pu être déterminé ; il est seulement établi que ce n'est ni l'urée ni le carbonate d'ammoniaque.

III. — Des inoculations faites sur 15 malades de la clinique de Sienne, dont 9 certainement tuberculeux, Cantieri conclut que la lymphe de Koch a une action fâcheuse sur l'économie, dont elle modifie les échanges nutritifs et détermine des processus inflammatoires dans les tissus atteints par la tuberculose, que l'intensité de la réaction n'est en rapport ni avec les doses injectées ni avec l'étendue et la gravité des lésions tuberculeuses, que cette réaction peut manquer chez des sujets manifestement tuberculeux et que, par suite, elle n'a pas plus de valeur diagnostique que d'influence heureuse sur la tuberculose et sur l'état général des tuberculeux. GEORGES THIBIERGE.

Weitere Untersuchungen über die tryptischen Enzyme der Mikroorganismen (Sur les ferments tryptiques des microorganismes), par Cl. FERMI (*Centralbl. f. Physiologie, V, p.* 481, 1891).

1° Les microbes ne sécrètent pas tous des ferments solubles. Aucun ne produit, à côté des ferments, d'autres matières albuminoïdes précipitables par l'alcool : d'où la possibilité d'imaginer un mode de préparation des ferments qui les fournirait purs de tout mélange avec des matières albuminoïdes ;

2 Les ferments solubles ou enzymes sécrétés par les microbes perdent tous leur activité à une température inférieure à + 70°. Pour quelques-uns cette limite de température est naturellement plus basse : entre 50° et 55°, entre 55° et 60°, entre 60° et 65°, entre 65° et 70°, suivant les espèces de microbes qui ont fourni le ferment ;

3° Les ferments solubles ne sont pas dyalisables ;

4° L'action des ferments solubles se manifeste dans des atmosphères d'azote, d'acide carbonique, d'oxyde de carbone, d'hydrogène ou d'hydrogène sulfuré ;

5° Peu de ferments de bactéries attaquent la fibrine ; aucun ne transforme l'albumine de l'œuf ni la caséine ;

6° Les ferments de bactérie transforment la gélatine même en présence d'acides dilués, surtout d'acides organiques. Les acides minéraux semblent plus nuisibles ;

7° L'auteur n'a trouvé aucun micro-organisme fabriquant un ferment analogue à la pepsine ;

8° Les micro-organismes exempts de ferment, le protoplasme seuls sont incapables de transformer la gélatine même après action prolongée.

Nous renvoyons à l'original pour les nombreux détails concernant l'influence de la composition chimique du milieu de culture ainsi que l'influence des agents toxiques ou antiseptiques sur les ferments solubles. LÉON FREDERICQ.

La méthode de Winter pour l'analyse du suc gastrique comparée à celles de Sjöqvist et de Mintz, par K. E. WAGNER (*Archives de physiologie*, *p.* 440, 1891).

L'auteur compare les trois méthodes en les appliquant à des mélanges artificiels d'acide chlorhydrique et de chlorure de sodium additionnés

d'albumine, de peptones. Par exemple, en prenant le mélange : HCl = 0.204, NaCl = 0.094. La méthode de Winter donne exactement les deux chiffres. Celle de Sjöqvist donne pour l'acide libre 0.196 : celle de Mintz 0.182. Si l'on ajoute 1 0/0 d'albumine on trouve que la somme H+C représente un chiffre un peu supérieur à l'acide chlorhydrique introduit (0.167 au lieu de 0.160; 0.164 au lieu de 0.160). Avec des peptones, on trouve 0.138 et 0.145. Avec du phosphate de soude, 0.127. Les chiffres de Sjöqvist et Mintz, dans les mêmes conditions sont respectivement : 0.143 et 0.124; 0.151 et 0.094; 0.158 et 0.058; 0.151 et 0.029. Le procédé de Winter donne une valeur trop forte des chlorures fixes. Le procédé de Sjöqvist donne non seulement la quantité d'acide chlorhydrique libre, mais aussi celle de l'acide chlorhydrique retenu par les combinaisons organiques. La seule évaluation de l'acide chlorhydrique libre n'est pas suffisante pour juger le chimisme stomacal. DASTRE.

Zur Diagnose und Behandlung der Gicht (Diagnostic et traitement de la goutte), par MORDHORST (*Centralbl. f. klin. Med.* 1891, *n°* 28, *Beilage, p.* 76, *et Berlin klin. Wochens., n°* 22, *p.* 550, 1*er juin* 1891).

Mordhorst a fait pratiquer par Fresenius 72 analyses d'urines de goutteux :

1° Dans tous les cas de diathèse urique, on trouve toujours dans l'urine une plus forte proportion d'acide urique libre que chez les rhumatisants e les individus sains de même âge; c'est ce que Pfeiffer (*R.S.M.*, XXXV, 172) avait déjà reconnu;

2° La quantité totale de l'acide urique contenue dans l'urine des goutteux est en moyenne beaucoup plus considérable que chez les rhumatisants et les individus sains du même âge; cela contrairement à l'opinion de Pfeiffer;

3° La proportion d'acide urique libre et l'acidité de l'urine diminuent avec l'âge et sont moindres chez la femme que chez l'homme;

4° La densité et l'acidité de l'urine sont plus considérables dans la diathèse urique que dans le rhumatisme;

5° Plus l'urine est acide, plus elle contient d'acide urique libre;

6° Aussi bien dans l'urine neutre que dans l'urine alcaline, on ne trouve jamais d'acide urique libre. Ces urines au contraire peuvent dissoudre une grande quantité d'acide urique libre. J. B.

I. — Die chemischen Verhältnisse des Bakterienlebens (Les conditions chimiques de la vie des bactéries), par LŒW (*Centralbl. f. Bakt. IX,* 20 *et suiv*).

II. — Verfahren zum Nachweise der Säureabsonderung bei Mikrobien (Procédé de constatation de la sécrétion acide des microbes), par BEYERINCK (*Ibid. IX*, 21, *p.* 781).

I. — Il faut tout d'abord poser en principe que l'albumine du protoplasma vivant est très différente de l'albumine morte, autrement dit que l'albumine dans la cellule vivante doit posséder d'autres propriétés qu'en dehors de la cellule. Mais il n'y a pas là un simple effet de l'hydratation; d'autres groupements moléculaires entrant dans la constitution des albumines, sont évidemment nécessaires. Au point de vue de leur mode

de nutrition, on doit distinguer trois sortes de bactéries : 1° celles qui ne peuvent vivre qu'aux dépens des albumines et des substances voisines ; 2° celles qui peuvent former leur substance organique aux dépens du carbonate d'ammoniaque ; et 3° celles qui peuvent utiliser pour former leur protoplasma des substances organiques éloignées du groupe des protéines. Au premier groupe appartiennent des formes souvent pathogènes, intéressantes surtout au point de vue de la destruction de l'albumine; au second, la seule nitromonas de Winogradsky, capable de produire de l'acide azotique, par oxydation de l'ammoniaque; au troisième groupe appartiennent la plupart des bactéries. Au point de vue de la valeur alimentaire des milieux, il existe quelques lois : les acides hydroxylés sont meilleurs que les non hydroxylés, les alcools polyatomiques que les monoatomiques, dans les acides monoatomiques de la série grasse la valeur nutritive croît avec la proportion de carbone contenue dans la molécule, le groupe aldéhyde ou kétone élève la valeur alimentaire du milieu.

Quant aux corps qui peuvent agir comme des toxiques sur les bactéries, on peut les diviser en destructeurs directs de l'albumine (acides minéraux concentrés), oxydants (chromates), réducteurs (sulfureux), destructeurs du radical amidé agissant en grande dilution (sels de mercure), destructeurs du groupe aldéhyde (hydroxylamine), destructeurs du groupe amidé (formaldéhyde), acide azotique libre, corps où l'atome de carbone est en double combinaison, corps où le nombre des radicaux amide ou imide est élevé, etc., enfin narcotiques. Quant à la connaissance des poisons spéciaux des bactéries, elle est encore peu avancée.

Les anaérobies possèdent-elles un protoplasma spécial? Lœw admet que ces bactéries possèdent à côté du protoplasma commun, un protoplasma différencié susceptible d'agir sur les corps pour les transformer sans faire appel à l'oxygène extérieur. Ainsi dans la transformation en albumine de l'acide tartrique, l'anaérobie forme de l'H, du CO^2 et de l'aldéhyde formique, tandis que l'aérobie forme de l'H^2O, du CO^2 et de l'acide formique.

Au point de vue des fermentations, il faut distinguer trois types principaux : 1° le corps fermentescible ne peut former d'albumine à l'exclusion de l'air (ac. formique, acétique, succinique, urée), il faut un second aliment; 2° le corps fermentescible peut aussi former de l'albumine, et alors la fermentation peut être pure, sans emprunt d'oxygène, ou fausse, c'est-à-dire une oxydation (celle-ci peut aussi être due aux anaérobies susceptibles de décomposer les corps oxygénés, par exemple le nitrate); 3° le corps fermentescible est déjà une protéine ou un produit voisin; alors la fermentation prend le nom de putréfaction. Les produits sont de deux sortes : ceux qui proviennent des peptones et ceux qui dérivent des acides amidés.

II. — En mélangeant à un milieu nutritif solide de la craie finement pulvérisée et en versant dans une boîte à fond plat ce mélange inoculé, on obtient une mince couche opaque sur laquelle se développeront les colonies, comme sur une plaque. Une colonie secrétant un acide s'entourera, par dissolution du carbonate de chaux, d'une auréole transparente, dont le diamètre permettra de juger la quantité d'acide formé. Une colonie formant une base, sera-t-elle voisine de la colonie acidi-

fiante, la régularité du cercle sera coupée par le cercle d'alcalinité de la première, et l'acide neutralisé laissera la craie opaque. On peut remplacer la craie par d'autres carbonates (de magnésie, de baryte, de strontiane, de manganèse, de zinc, etc.), pourvu qu'ils ne soient pas antiseptiques.

C. LUZET.

I. — Peptonurie bei Masern (Peptonurie dans la rougeole), par Albin KÖTTNITZ (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 513, 1891).

II. — Ueber Peptonurie bei Masern... (La peptonurie dans la rougeole et remarques sur les réactions de la propeptone), par M. LÖB (*Ibidem*, *p.* 577, 1891).

I. — La présence de la peptone dans les urines a été signalée dans la plupart des maladies infectieuses aiguës, mais non dans la rougeole, ce qui théoriquement devait paraître singulier. L'auteur a spécialement porté son attention sur ce point, et a réussi à constater la peptonurie dans la plupart des cas de rougeole examinés par lui. Les urines ne contenaient pas de propeptone.

II. — Contrairement à l'affirmation de Köttnitz, l'auteur a fréquemment trouvé la propeptone dans les urines, pendant la défervescence ou après la défervescence dans les cas de rougeole. La propeptone peut n'exister dans les urines que pendant 12 à 24 heures, puis disparaître.

La propeptone fut recherchée au moyen de l'acide nitrique. Il faut ajouter une petite quantité (une goutte) d'acide nitrique, puis attendre la formation de stries blanches; l'addition ultérieure d'acide provoque la formation d'un trouble ou d'un précipité qui disparaît par l'ébullition ou par l'addition de nouvelles quantités d'acide.

Köppen et Ter-Gregoriantz recommandent de filtrer l'urine, de la faire bouillir, de l'additionner du quart ou de la moitié de son volume d'acide nitrique, puis de l'abandonner au repos. La présence de la propeptone est indiquée par l'apparition d'un trouble qui se produit par le refroidissement du liquide et qui disparaît quand on chauffe celui-ci.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die chemische Natur des wirksamen Stoffes im Koch'schen Tuberculin (Nature chimique de la substance active de la tuberculine de Koch), par Martin HAHN (*Berlin. klin. Wochens. n°* 30, *p.* 741, 27 *juillet* 1891).

La substance active de la tuberculine de Koch est précipitée par l'alcool. La substance toxique est précipitée de la solution aqueuse du précipité alcoolique par neutralisation et traitement par le sulfate d'ammoniaque. Le corps ainsi obtenu est une albumose. Il est vraisemblable que cette albumose toxique est un corps unique, mêlé peut-être à d'insignifiantes quantités d'albumoses inactives. J. B.

Contribution à l'étude physiologique des levures alcooliques du lactose, par E. KAYSER (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 6, *p.* 395, 25 *juin* 1891).

Nous ne retiendrons de ce travail que ce qui concerne l'hygiéniste. Parmi les levures, et Kayser en décrit une nouvelle, capable de faire subir au sucre de lait la fermentation alcoolique, il en est une, celle étudiée par l'auteur, dont on peut utiliser l'action pour fabriquer une

boisson à saveur fraîche alcoolique et piquante se rapprochant de celle du cidre. On utilise pour cela le petit-lait qui contient, outre une petite quantité de sucre de lait, des substances de premier ordre pour l'alimentation. Il suffit soit de le concentrer, soit, mieux encore, de l'additionner de sucre de lait et d'y ensemencer la levure en question avec ou sans le saccharomyces apiculatus, après l'avoir stérilisé en le chauffant. On obtient ainsi une boisson saine et à très bon marché.

PAUL TISSIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Veränderungen des Tractus und Nervus opticus... (Altérations de la bandelette et du nerf optique, consécutives aux affections du lobe occipital) par MOELI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. XXII*, 1, *p.* 73).

Ces altérations ont été étudiées par Moeli dans 3 cas dont le premier concernait un jeune homme, mort à l'âge de 17 ans, et à l'autopsie duquel on a trouvé une parencéphalie dans la région inférieure du lobe pariétal droit et dans le pied des circonvolutions centrales. Arrêt de développement dans le territoire de la troisième circonvolution frontale gauche. Atrophie considérable de la bandelette optique à droite, et des deux nerfs optiques, de celui du côté droit principalement.

Le second sujet, un jeune homme de 17 ans également, était hydrocéphale depuis sa naissance. A son autopsie, on a trouvé les ventricules considérablement dilatés plus à droite qu'à gauche. Le manteau des hémisphères était très aminci sur une grande étendue de la région pariétale et vers la pointe du lobe occipital gauche. Atrophie considérable de la bandelette optique à gauche et des deux nerfs optiques, de celui du côté droit notamment, du corps genouillé latéral et de la substance médullaire du tubercule quadrijumeau antérieur.

Le sujet de la troisième observation, un homme de 44 ans, avait présenté des troubles graves de la vision, avec conservation des réflexes pupillaires. Parésie et hypesthésie du côté gauche.

A l'autopsie on a trouvé un foyer de ramollissement, d'origine athéromateuse, dans les deux lobes occipitaux, plus vaste à droite qu'à gauche; dégénérescence granuleuse de la partie postérieure de la capsule interne, s'étendant à gauche jusqu'à la bandelette optique. Altérations considérables dans la portion latérale du corps genouillé latéral. Tubercule quadrijumeau antérieur intact. Légère dégénérescence des deux bandelettes optiques et des deux nerfs optiques.

E. RICKLIN.

Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale, par CHASLIN (*Arch. de méd. exp., III*, 3, *p.* 305).

Dans l'écorce grise du cerveau modifiée pathologiquement, les fibrilles et faisceaux que l'on peut rencontrer (autres que les fibres nerveuses) ne sont pas du tissu conjonctif, mais se développent aux dépens de la névroglie, tissu de soutènement d'origine ectodermique.

On observe chez des épileptiques une variété de sclérose cérébrale dans laquelle la prolifération névroglique doit être rattachée à un vice de développement. C'est à elle que convient plus spécialement le nom de gliose, marquant qu'il s'agit d'une altération dépendant de l'hérédité et constitutionnelle. Cette altération de la névroglie serait primitive et voisine de la formation gliomateuse.

La prolifération de la névroglie dans l'écorce du cerveau peut être classée schématiquement en variétés inflammatoire, non inflammatoire et mixte. GIRODE.

Einseitige Kleinhirnatrophie mit leichter... (Atrophie unilatérale du cervelet avec atrophie légère croisée de l'hémisphère cérébral), par CRAMER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat. XI, p.* 39, 1891).

Chez une femme atteinte d'une atrophie par sclérose d'un hémisphère du cervelet, Cramer a pu suivre la filiation des dégénérescences et lésions secondaires. Du côté atrophié les cellules de Purkinje manquent ; il n'y a de fibres blanches conservées que là où il existe des cellules de Purkinje. Le pédoncule cérébelleux antérieur paraît en rapport avec le noyau rouge de la calotte du côté opposé avec le pulvinar de la couche optique. Le corps dentelé ne serait ainsi qu'une station intermédiaire pour le pédoncule antérieur, entre la couche optique et l'écorce cérébelleuse. La même recherche des dégénérations montre que la plus grande partie du pédoncule cérébelleux moyen se rend dans la substance grise du pont du côté opposé. Quant au pédoncule cérébelleux postérieur, les dégénérations suivent le trajet suivant : corps restiforme, fibres arciformes externes, couche intermédiaire de l'olive, fibres croisées internes, noyau du cordon postérieur du côté opposé et cordons grêles toujours du côté opposé à la lésion. Quant à l'acoustique, son noyau-central seul paraissait atrophié ; mais les fibres émergentes étaient intactes des deux côtés. C. LUZET.

Beitrag zur Kenntniss der ascendirenden Degeneration... (Contribution à l'étude de la dégénération ascendante de la moelle épinière et de l'anatomie du faisceau cérébelleux du cordon latéral), par L. AUERBACH (*Arch. f. path. Anat., CXXIV*, 1).

Sur quatre jeunes chats, Auerbach extirpa une portion plus ou moins notable de la moelle épinière, et après la guérison de la plaie, il les laissa vivre de 12 à 14 jours. Les ayant sacrifiés, il soumit leur moelle épinière et leur encéphale à un examen détaillé.

Voici les résultats principaux concernant les faisceaux à dégénération ascendante :

Les cordons postérieurs (dorsaux) de la moelle en dégénérant n'atteignent pas les fibres arciformes profondes ni le corps restiforme. Il n'y a donc pas de continuité entre les cordons postérieurs de la moelle et les fibres précitées du bulbe.

Les fibres du faisceau cérébelleux du cordon latéral se divisent près du bulbe, comme d'autres observateurs l'avaient déjà noté, en une portion dorsale, qui gagne le corps restiforme et en une portion centrale, qui traverse le bulbe et va se terminer dans le vermis supérieur du cervelet.

La portion centrale du faisceau cérébelleux va, après avoir subi l'entrecroisement, se terminer dans le voisinage du nucleus tegmenti. La portion dorsale du faisceau cérébelleux qui suit le corps restiforme, gagne les parties dorsales du vermis supérieur.

Quelques fibres de la portion centrale croisent les filets d'origine du trijumeau, se joignent aux pédoncules cérébelleux moyens et vont s'associer, dans le cervelet, aux fibres passant par le corps restiforme.

ED. RETTERER.

I. — Neue Beobachtungen... (Lésions vasculaires de la moelle dans la paralysie de Landry), par KLEBS (*Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 9, *p.* 282 1er *mai* 1891).

II. — Ein Fall von Landry'scher Paralyse, par CENTANNI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *VIII*, 3, *p.* 358).

I. — Dans un cas de paralysie ascendante aiguë, Klebs et Robert Scholefield ont constaté les lésions médullaires suivantes : nombreuses thromboses dans les branches artérielles centrales, à trajet horizontal ou vertical, de la substance grise; au contraire, intégrité des troncs principaux dans les ramuscules veineux de la commissure antérieure. Les capillaires de la corne antérieure placés à l'intérieur des groupes antéro-externes de grosses cellules ganglionnaires étaient énormément dilatés, mais remplis de sang intact ; par-ci par-là ils étaient entourés d'hémorragies visibles seulement au microscope. Les thrombus étaient constitués par une masse homogène, résultant de la transformation hyaline directe des globules rouges. Une autre altération vasculaire consistait dans une dilatation en partie énorme des espaces périvasculaires autour des veines thrombosées; ces espaces contenaient des masses coagulées, jaune pâle. Ces lésions prédominaient dans les segments lombaire et dorsal, tandis qu'au cas où elles étaient peu marquées, on trouvait en beaucoup d'endroits de vastes dépôts hyalins, brun foncé dans les espaces périvasculaires des veines de l'enfoncement antérieur de la pie-mère ; par places, on retrouvait les mêmes altérations parmi des vaisseaux des cornes antérieures grises.

En revanche, aucune lésion dans les nerfs périphériques et dans les racines médullaires, dans les ganglions intercérébraux, dans les nerfs de la queue de cheval, dans les cordons de substance blanche de la moelle, dans les cornes grises.

D'autre part, les grosses cellules ganglionnaires de la partie antérieure des cornes extérieures offraient toutes une dilatation des espaces péricellulaires, qui étaient remplis de filaments fibrinés étroitement entrelacés, entre lesquelles étaient disposées en plus ou moins grand nombre des cellules ganglionnaires placées dans ces espaces ne présentant aucune trace d'atrophie, de même que leurs prolongements de cylindres axes. Dans toute l'étendue de la corne antérieure, les cellules de la névroglie avaient subi une certaine multiplication. J. B.

II. — Dans le cas de Centanni, les nerfs sont presque intacts, la moelle présente des lésions inflammatoires méningées et périépendymaires; la zone superficielle montre des tubes nerveux en état d'atrophie dégénérative. Il ne s'agit pas d'une névrite à proprement parler, mais d'une neuro-mycose. C. a constaté dans les nerfs de la moelle la présence de bacilles rectilignes, de diamètre uniforme à extrémités arrondies et mesurant 1μ,2 à 2 μ de longueur. Les muscles en sont indemnes. Il n'a pas été fait de cultures ni d'inoculations

C. LUZET.

Ueber Gliom des Rückenmarks und Syringomyelie, par K. MIURA (*Ziegler's Beitr. z. path. Anat. XI*, *p.* 91, 1891).

Après avoir rapporté deux cas de gliome de la moelle : l'un allant de la partie cervicale à la partie lombaire et sans cavité, l'autre allant du

bulbe à la moelle lombaire et accompagné de syringomyélie par dilatation secondaire du canal de l'épendyme, Miura fait la critique des opinions émises sur le rôle réciproque de la gliomatose et de la dilatation de l'épendyme. Il admet que le rôle de l'épendyme est purement passif, et que la plupart des cas de syringomyélie doivent leur origine à la destruction d'une prolifération simple de la névroglie, que celle-ci soit d'origine inflammatoire ou dégénérative. Enfin certaines hydromyélies peuvent s'accompagner à un moment donné de prolifération de la névroglie autour de l'épendyme dilaté; mais ce sont là des faits rares. Dans l'extension de la gliose il faut aussi faire une part à la dégénérescence du réseau interne, qui représente un prolongement croisé vers le haut des cordons postérieurs, par l'intermédiaire des fibres arciformes internes. C. LUZET.

Nouvelle autopsie de maladie de Morvan; syringomyélie, par A. JOFFROY et C. ACHARD (*Arch. de méd. exp., III*, 5).

Une femme de 48 ans a présenté le développement successif des symptômes caractérisant la maladie de Morvan, paréso-analgésie, panaris multiples. Les troubles de la sensibilité s'éloignaient de l'anesthésie complète pour se rapprocher de la dissociation syringomyélique, sans la reproduire exactement toutefois. A l'autopsie, on trouvait une cavité médullaire typique avec sa paroi de névroglie et des altérations vasculaires voisines. En aucun point, il n'y avait apparence d'une tumeur qu'on pût considérer comme un gliome : au contraire, on notait par en haut des lésions d'atrophie scléreuse. Les nerfs périphériques offraient quelques lésions de névrite à la fois interstitielle et parenchymateuse, sans caractère spécial. GIRODE.

Zur pathologischen Anatomie der rheumatischen Facialislaehmung, par MINKOWSKI (*Berlin. klin. Wochens., n°* 27, *p.* 665, 6 *juillet* 1891).

Minkowski publie la première autopsie de paralysie rhumatismale du facial.

Homme de 27 ans, exposé à un violent courant d'air. Paralysie complète de tous les muscles de la face animés par le facial gauche, légère déviation de la pointe de la luette à droite; parésie de la moitié gauche du voile palatin, légère déviation de la langue à droite, un peu de sensibilité douloureuse au niveau de la région parotidienne gauche, sans autres troubles de sensibilité au visage ; affaiblissement du goût dans les parties antérieures de la moitié gauche de la langue ; sensation de sécheresse du même côté de la bouche; épiphora et hyperacousie gauches. A l'exploration électrique, 8 jours après le début des accidents, réaction de dégénérescence partielle : diminution modérée de l'excitabilité indirecte aux deux ordres de courants ; accroissement très net de l'excitabilité galvanique directe et de l'excitabilité mécanique des muscles du côté gauche. Sous l'influence de l'électrothérapie, l'hypéracousie et la paralysie du voile palatin disparurent rapidement; 8 jours plus tard, réaction de dégénérescence complète au niveau des muscles paralysés : abolition absolue de l'excitabilité faradique, exagération plus marquée de l'excitabilité galvanique directe.

Quelques semaines plus tard, premier indice de retour de la motilité volontaire. Mort accidentelle (empoisonnement par l'acide chlorhydrique) 8 semaines après le début de la paralysie.

Autopsie. Le nerf facial n'est dégénéré que dans son trajet périphérique, à partir du ganglion géniculé ; la dégénération est la plus avancée au niveau

des ramifications périphériques du nerf et, pour le tronc, au niveau de la partie inférieure du canal de Fallope, jusqu'au point de départ du nerf de l'étrier. Maints rameaux nerveux ne renferment presque que des fibres sur lesquelles on n'aperçoit plus que de rares vestiges de blocs désagrégés de myéline, enfermés déjà pour la plupart dans des cellules granulo-graisseuses; par ci par là, on aperçoit aussi des fibres de néoformation ou en voie de régénération. D'autres rameaux contiennent, à côté des fibres dégénérées, nombre d'autres fibres parfaitement normales mais provenant, pour la plus grande partie, du trijumeau. Dans la portion descendante du canal de Fallope, seul le bout postérieur du nerf renferme encore un certain nombre de fibres conservées ; sur le reste de la coupe transversale, la myéline a presque entièrement disparu, tandis que les cylindres-axes sont en majeure partie conservés. En amont de l'origine du nerf de l'étrier, le nombre des fibres dégénérées diminue graduellement et l'on rencontre davantage de fibres n'offrant que les premiers stades de la dégénération : gonflement des gaînes de myéline, faible noircissement par l'acide osmique, désagrégation de la myéline en gros blocs. Plus on se rapproche du ganglion géniculé, plus on trouve de fibres normales, mais la dégénérescence ne cesse complètement qu'au niveau de ce ganglion lui-même.

Le grand nerf pétreux superficiel et le nerf de l'étrier ne contiennent que quelques fibres dégénérées. Le muscle de l'étrier a son aspect normal. Au niveau du point de départ de la corde du tympan, le plus grand nombre des fibres sont dégénérées.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que nulle part on n'aperçoit de lésions inflammatoires du névrilemme. J. B.

Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire chez les hémiplégiques, par A. JOFFROY et Ch. ACHARD (*Arch. de méd. exp., III*, 6).

L'amyotrophie des hémiplégiques a des rapports étroits avec la lésion secondaire du faisceau pyramidal et la contracture. La lésion cérébrale première retentit d'abord sur les cellules motrices de la moelle en y produisant une irritation dynamique qui produit la simple contracture. Puis l'épuisement succède et l'atrophie survient. Tout d'abord les nerfs ne sont pas intéressés ; mais plus tard ils dégénèrent d'abord par leur partie la plus éloignée du centre, suivant un processus ébauché déjà dans les expériences de dégénération wallérienne. En tout cas, la névrite périphérique n'est pas la condition de l'amyotrophie, elle traduit comme cette dernière le trouble de fonctionnement de la moelle. On peut comparer justement l'amyotrophie des hémiplégiques à l'atrophie d'origine articulaire ; au lieu du faisceau pyramidal, ce sont les nerfs sensitifs qui transmettent au centre spinal et aux cellules motrices la cause d'irritation et d'épuisement, origine des altérations trophiques. GIRODE.

Sur l'anatomie pathologique de l'acromégalie, par P. MARIE et G. MARINESCO (*Arch. de méd. expér., III*, 4).

La peau des extrémités montre l'hyperplasie des papilles et une hypertrophie considérable de tous ses appareils conjonctifs, derme, membranes connectives des glandes et des follicules pileux, parois des vaisseaux, et surtout gaîne lamelleuse des nerfs sous-dermiques; l'altération diminue dans les nerfs sous-cutanés et cesse dans les troncs volumineux. Les cloisons de l'hypoderme, les tendons et aponévroses parti-

cipent à la lésion. — Les os montrent l'hypertrophie des travées osseuses et une activité remarquable de l'ostéogénèse. — Dans la langue, même hyperplasie conjonctive, atrophie dégénérative des muscles; nerfs peu atteints. — Il y a un état pachydermique des muqueuses buccale, nasale, et laryngo-trachéale. — Le ganglion cervical inférieur du grand sympathique est sclérosé, la névroglie du cerveau est hyperplasiée. — On trouve encore une néphrite chronique diffuse, une tendance au goître kystique, une hyperplasie des follicules du corps pituitaire avec sclérose des vaisseaux et des parois glandulaires, une sclérose de la rate et des ganglions lymphatiques.

Au point de vue pathogénique, on ne peut ni invoquer avec Klebs une hypergénèse d'éléments musculaires dont le départ serait dans le thymus et correspondrait à des corpuscules ou angioblastes formés dans les vaisseaux de cette glande, ni s'en rapporter à l'hypothèse d'une action nerveuse. Tout ce qu'on peut dire actuellement, c'est que la constance des lésions de l'hypophyse ne peut pas être tenue pour indifférente. Il se pourrait que l'acromégalie résultât d'une auto-intoxication consécutive à l'insuffisance d'action neutralisante du corps pituitaire sur les poisons organiques. GIRODE.

Ueber die Degenerations und Regenerationsvorgänge am nerven nach Verletzungen (Processus de dégénérescence et de régénérations du nerf, après blessure), par v. BUENGNER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *X*, 4, *p.* 321.)

Après les écrasements et les sections des nerfs, il se fait, au voisinage du point lésé et dans tout le bout périphérique, une dégénérescence des fibres primitives, qui est constante ; il n'y a donc pas de guérison par première intention des nerfs, comme l'ont prétendu entre autres Gluck et Wolberg. Tous les éléments de la fibre primitive y prennent part. La gaine de myéline ne subit pas la transformation chimique admise par Neumann et Eichhorst, ni une dégénérescence graisseuse; elle se morcelle, non pas sous l'influence des leucocytes, mais par suite de la prolifération de la gaine de Schwann et du protoplasma qui la revêt à sa face interne (Ranvier). Le cylindre-axe disparaît de bonne heure, la gaine de Schwann ne devient méconnaissable que plus tard. L'intensité de la dégénérescence diminue à mesure qu'on approche de la périphérie ; elle est immédiatement suivie du processus de régénération.

La régénération diminue d'intensité du centre à la périphérie : elle se montre sur les deux segments du nerf, central et périphérique, aussi bien qu'au niveau du tissu intermédiaire qui remplit le point lésé. Elle part du protoplasma et des noyaux de la gaine de Schwann. Les noyaux se multiplient par mitose à partir du 3e jour ; le protoplasma prolifère comprime les restes de la myéline et du cylindre-axe pour prendre leur place. Les noyaux se disposent le long du trajet de la fibre, et le protoplasma, d'abord homogène, prend un aspect fibrillaire; c'est en ces points que se développe le nouveau cylindre-axe, d'une façon discontinue, sous forme de rubans tout d'abord fusiformes. Il se forme tantôt une seule fibre de remplacement, tantôt plusieurs.

Ce n'est qu'à la fin de la seconde semaine qu'apparaissent les nouvelles fibres. Celles-ci n'occupent jamais que les anciennes gaînes de Schwann.

Au cours de la 3e semaine, ces nouvelles fibres s'entourent d'une mince gaine de myéline continue, immédiatement appliquée au cylindre-axe. Il est vraisemblable que c'est le protoplasma renfermant les anciennes gouttes de myéline qui constitue le nouveau revêtement intérieur de la gaine de Schwann. Il est vraisemblable que celle-ci et les cloisons de Henle sont constituées par le tissu conjonctif endoneural, qui prolifère ; mais les noyaux des nouvelles fibres n'ont rien à faire avec les éléments conjonctifs ; en sorte que le nom de noyaux de la gaine de Schwann est défectueux. C. LUZET.

Ueber diphterischen Lähmungen (Paralysies diphtéritiques), par H. HOCHHAUS (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIV*, 2).

Hochhaus a étudié les troubles anatomiques qu'ont déterminés les paralysies diphtériques sur quatre malades. Les muscles paralysés par la diphtérie sont le siège d'une inflammation très prononcée. Celle-ci atteint surtout le tissu conjonctif interstitiel, qui présente une abondante prolifération, principalement autour des vaisseaux sanguins. Les fibres musculaires elles-mêmes sont troubles et leurs noyaux ont augmenté de nombre.

Les nerfs sont le siège d'une inflammation légère du tissu conjonctif; mais le système nerveux central est normal. ED. RETTERER.

Sur une espèce particulière de myocardite parenchymateuse non scléreuse, par LÉPINE et MOLARD (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 6).

Cette observation concerne un homme de 78 ans, mort d'asystolie avec hypertrophie et surtout dilatation du cœur. Vues transversalement, les fibres cardiaques montrent plus d'indépendance, un certain élargissement, des champs de Cohnheim mieux dessinés, enfin une apparence de canalisation centrale ou excentrique sous forme de tache claire. Vues en long, les fibres ont un noyau gonflé, sont élargies à son niveau, et possèdent un fuseau protoplasmique clair très dessiné au bout du noyau. Le tissu interstitiel et les vaisseaux sont normaux. GIRODE.

Ueber das Verhalten des linken Ventrikels bei der Mitralstenose (Etat du ventricule gauche dans le rétrécissement mitral), par BAUMBACH (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *XLVIII*, *p.* 267).

C'est avec des matériaux fournis par Lenhartz que l'auteur a fait ce travail. Sur 97 cas de rétrécissement mitral il trouve 7 fois le ventricule atrophié, 23 fois normal et 67 fois hypertrophié, en moyenne l'épaisseur des parois et de 12^{mm},63 au lieu de 9^{mm},7 chiffre normal. Les chiffres les plus forts ont été 18^{mm},2 quand il y avait rétrécissement aortique concomitant, 15 millimètres avec des adhérences péricardiques, 14^{mm},3 avec insuffisance mitrale. Dans le rétrécissement mitral pur, l'épaisseur tombe à 11 mm 85 chiffre supérieur à la normale. Il en résulte que la compensation est possible ; la statistique prouve d'ailleurs que les accidents asystoliques ne sont pas aussi fréquents qu'on pourrait le croire ; puisque, en bloc, il n'y a eu que 11 cas d'œdêmes considérables, soit 1/7. C. LUZET.

Das Vorkommen und die Bedeutung der freien Kugelthromben im Herzen (**Des thrombus sphériques libres dans le cœur**), **par J. ARNOLD** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *VIII*, 1, *p.* 29).

Dans un cas de rétrécissement mitral, il existait dans l'oreillette un thrombus sphérique ancien, à centre ramolli, et parti probablement d'une coagulation de l'auricule, qui était encore thrombosée. Arnold ne pense pas, en raison des particularités cliniques, que ce thrombus ait pu produire une occlusion de l'orifice. Les observations antérieures ne le prouvent pas non plus. En admettant la possibilité de cette occlusion, elle ne devrait pas être attribuée à la pesanteur, mais aux mouvements que lui imprime la systole auriculaire. Il n'est pas prouvé qu'avec des orifices normaux un thrombus globulaire puisse se former dans l'oreillette et y demeurer. C. LUZET.

Thrombose des branches de l'artère mésentérique et infarctus de l'intestin grêle, par C. FIRKET et E. MALVOZ (*Arch. de méd. expér.*, *III*, 5)

Chez une femme de 60 ans, atteinte d'athéromasie artérielle généralisée, il s'était développé à la suite de l'oblitération par thrombose d'une branche artérielle mésentérique, des infarctus et des foyers de nécrose de l'intestin. Autour des anneaux mortifiés, on voyait des lésions inflammatoires du péritoine et même de véritables collections purulentes. La péritonite s'était généralisée sous une forme plus atténuée. Dans l'exsudat péritonéal, on trouvait le bactérium coli commun, qui d'ailleurs infiltrait toute la paroi intestinale.

GIRODE.

Ueber Gefäss-und Bindegewebsneubildung in der Arterienwand (**Néoformation du tissu conjonctif et de vaisseaux dans la paroi artérielle**), **par THOMA** (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *X*, 5, *p.* 433).

Le premier stade de l'artériosclérose est caractérisé par une diminution de l'élasticité de la tunique moyenne des vaisseaux et par la néoformation de vasa vasorum dans l'adventice et la tunique moyenne. La néoformation vasculaire précède la sclérose de ces tuniques. Quant à la cause intime de ces phénomènes, l'auteur la place dans un ralentissement du courant sanguin. Pour adapter le vaisseau aux nouvelles conditions de pression ainsi produites et hâter le courant, la tunique moyenne se contracte et la tunique interne prolifère, c'est là une artériosclérose secondaire, à distinguer pathologiquement de l'artériosclérose primitive, qui résulte d'un trouble de la nutrition de la paroi vasculaire, laquelle se laisse dilater ensuite par la pression sanguine. Les phénomènes sont d'ailleurs les mêmes dans les artères et dans les veines. Ces recherches confirment partiellement celles de Beneke et de Pekelharing; mais il faut remarquer, d'après Thoma, que si la pression sanguine s'exagère ensuite cela n'arrête pas la prolifération conjonctive de la tunique interne, il y a simplement un ralentissement de ce processus. C. LUZET.

Sur la nécrobiose lente des globules rouges dans les conditions normales et pathologiques, par E. MARAGLIANO et CASTELLINO (*Archivio ital. di clin. medica*, *p.* 381, 1891).

Maragliano et Castellino ont recherché de quelle façon s'accomplit la nécrobiose des globules rouges, examinés en dehors du courant circu-

latoire, dans leur milieu normal : le plasma. Les altérations sont *endoglobulaires* et *totales*. Les premières débutent par un changement de coloration de la partie centrale du globule, qui devient de plus en plus pâle, par suite de la disparition de l'hémoglobine. Elle apparaît formée d'une masse de protoplasma finement granuleux, animée de mouvements amiboïdes, et revêtant successivement les formes les plus variées.

Au bout de cinq ou six heures, cette contractilité atteint son maximum d'intensité ; les prolongements émis par la masse centrale deviennent plus saillants et plus nombreux. Quant aux altérations de totalité, elles se manifestent au bout de trois ou quatre heures ; le globule rouge se hérisse d'une couronne de cils ou prend un aspect muriforme ; le globule présente des mouvements amiboïdes, émet des prolongements digitiformes et prend des formes bizarres (forme de triangle, de champignon), passant d'ailleurs rapidement de l'une à l'autre.

Finalement il s'étrangle et se divise en deux ou plusieurs masses protoplasmiques qui, à leur tour, prennent des formes plus ou moins insolites.

Aux altérations morphologiques s'ajoutent des altérations chromatiques ; au bout de quatre heures, le globule peut être réduit à un disque blanc pâle, limité à la périphérie par un cercle hémoglobique. Ce centre peut disparaître à son tour, et alors l'hématie prend l'aspect d'un leucocyte, mais s'en distingue par l'absence de noyau et la différence de diamètre. La zone colorée peut se rompre en plusieurs segments qui se disséminent dans le protoplasma. (Ce fait n'a pas encore été signalé.)

En résumé, la diminution graduelle de la vitalité des globules rouges se traduit par une série de modifications consistant en la décoloration, l'apparition de mouvements amiboïdes, avec contractilité partielle et totale du protoplasma globulaire. Si la vitalité du globule disparaît rapidement, les modifications caractéristiques de la nécrobiose lente ne s'observent pas.

Les auteurs étudient longuement les conditions qui favorisent l'apparition des phénomènes nécrobiotiques (violet de méthyle, pression, températures) et les moyens de fixer les altérations morphologiques. (Le meilleur est la dissiccation.)

Ils ont reconnu que les parties des globules qui se modifient, qui présentent les changements de forme décrits plus haut, se comportent à l'égard des matières colorantes basiques, comme les parties de protoplasma différencié qui constituent le noyau des cellules.

Les auteurs ont ensuite recherché si des altérations semblables des globules rouges, se rencontrent dans les états pathologiques et fait des examens de sang dans les cas les plus variés (maladies infectieuses et chroniques) ; ils ont reconnu que ces altérations se présentent, immédiatement après l'issue des vaisseaux, dans le sang de nombreux malades ; il existe des processus morbides qui déterminent la nécrobiose des globules, dans la circulation.

On peut observer la zone centrale achromique, mais sans modifications morphologiques, ni altérations de totalité du globule, dans les formes légères de la chlorose, dans la convalescence de nombreuses maladies fébriles.

Dans d'autres cas, en outre de la décoloration, la zone endoglobu-

laire présente les changements de forme, ce qui indique une altération bien plus intense du globule (dans le sang normal extrait des vaisseaux, ils ne se constatent qu'au bout de 7 à 8 heures environ) ; ces altérations existent dans le rhumatisme, les fièvres éruptives, la période initiale de la tuberculose pulmonaire, au début de la convalescence des maladies graves : érysipèle, scarlatine, fièvre typhoïde, etc...) G. LYON.

Des néoplasmes congénitaux, par H. CRISTIANI (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mai et septembre* 1891).

Laissant de côté toutes les tumeurs infectieuses, pour ne s'occuper que des néoplasmes proprement dits, dont le caractère le plus frappant est la persistance, l'auteur rappelle les théories qui ont actuellement cours relativement à l'origine de ces formations, et s'attache surtout à discuter la théorie dite des germes embryonnaires, d'après laquelle les éléments du néoplasme ne peuvent venir que d'un germe inclus dans les tissus, qui se serait séparé de l'embryon pendant le développement. Donc tous les néoplasmes seraient congénitaux, seulement leur manifestation serait parfois tardive. Passant alors en revue, dans les différents systèmes et organes de l'économie, les néoplasmes que le fœtus porte en naissant déjà développés, ceux qui se manifestent dans l'enfance, et enfin ceux de l'adulte, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Toutes les formes principales de néoplasmes qui s'observent chez l'adulte peuvent se rencontrer aussi chez le nouveau-né ; il n'y a pas lieu de considérer les néoplasmes congénitaux comme étant de nature différente des néoplasmes acquis ; une partie des néoplasmes doit incontestablement son origine à une inclusion embryonnaire ; et il est probable que cette cause est plus générale que cela n'est admis actuellement. M. DUVAL.

Zur Kenntniss verschiedener cellulärer Vorgänge und Erscheinungen in Geschwülsten (**Phénomèdes cellulaires dans les tumeurs**), **par STRŒBE** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat. XI*, 1, *p.* 1).

La karyokinèse asymétrique et multiple qu'Hansemann considère comme caractéristique du carcinome existe réellement dans tous les carcinomes, dans les sarcomes, mais aussi dans les tumeurs non malignes telles que l'angiome hypertrophique, la télangiectasie et même dans le tissu normal irrité par une blessure. Le nombre des mitoses est extrêmement variable suivant les tumeurs ; d'une façon générale, elles sont beaucoup plus nombreuses dans les tumeurs malignes, beaucoup plus rares dans celles qui se développent lentement. Quant à leur distribution dans une tumeur donnée, elle est très irrégulière. Quelquefois on trouve des points qui en sont remplis à côté d'autres qui en manquent sans qu'on puisse en établir la raison. Certains sarcomes présentent cependant une localisation particulière des mitoses : Pour les uns elles occupent les cellules vasculaires, pour les autres les cellules du tissu conjonctif. Sous le nom de phagocytose, Nikifarof décrit un processus par lequel les cellules géantes s'assimilent les leucocytes et les digèrent. Stroebe a constaté l'existence de ce processus dans les carcinomes ; on y voit les débris des noyaux des leucocytes ingérés. A la limite du carcinome, ces cellules paraissent jouer le rôle d'un corps étranger irritant, amenant la multi-

plication mitosique des cellules du tissu normal. On ne peut pas, d'après cet auteur, admettre la justesse de la comparaison que faisait Klebs de ces cellules renfermant des leucocytes avec l'ovule fécondé.

Quels sont les rapports de cette phagocytose avec l'hyperchromatose du noyau que Klebs croyait dû à la pénétration des leucocytes et avec la formation intra-cellulaire, notamment avec les sporozaires? On ne peut, selon Stroebe, regarder l'hyperchromatose du noyau que comme un processus de régression de l'élément : le noyau se teint mal, les grains de chromatine sont irrégulièrement répartis. Ces dégénérescences nucléaires accompagnent la formation de vacuoles autour du noyau. Mais il est d'autres corps intra-protoplasmiques, ovalaires ou arrondis, dont l'origine hématique a pu être admise. Ils n'ont rien de commun avec les formes dues à la phagocytose, un certain nombre sont bien des globules rouges; mais il en est d'autres qui ont paru être des sporozoaires dont certains auteurs ont voulu faire la cause de la tumeur. L'auteur pense que si l'on voulait interpréter ses figures de la sorte on le pourrait, mais avec une certaine fantaisie; il ne croit pas qu'il y ait là autre chose que des dégénérescences nucléaires et périnucléaires.

C. LUZET.

Ueber abnorme Einschlüsse in d. Zellkernen menschl. Gewebe (Sur certaines figures anormales constatées dans les noyaux cellulaires des tissus chez l'homme), par J. STEINHAUS (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 14, 15 *juillet* 1891).

Ces figures, ces parties anormales qu'on observe dans le noyau des cellules, dans certains cas, sont-elles des dégénérescences du noyau ou des parasites ? Steinhaus a étudié à ce point de vue un cas de mélano-sarcome et un cas de cirrhose du foie.

Dans le foie cirrhotique, il trouva de rares cellules contenant des vacuoles plus ou moins arrondies, se colorant en rose, sur les coupes soumises à la double coloration (hématoxyline et safranine), de dimensions très variables, le plus souvent uniques, rarement doubles dans un noyau et renfermant souvent une ou deux granulations fortement colorées.

Dans le cas de mélano-sarcome il trouva des vacuoles, les unes incolores, les autres jaunâtres ou brun jaunâtres. Les vacuoles incolores étaient tantôt isolées, tantôt associées aux vacuoles pigmentées et occupaient aussi bien les cellules pigmentées que les non-pigmentées. Les unes résistaient à tous les réactifs colorants, les autres se coloraient plus ou moins facilement, fixant, les unes la safranine, les autres l'hématoxyline.

Dans un seul noyau, il trouva une masse arrondie, bien limitée, se colorant en rouge, renfermant une tache claire située un peu excentriquement, représentant un noyau, avec une grosse granulation colorée en rouge intense représentant un nucléole.

Cette constatation porte l'auteur à croire que ces figures intra-nucléaires sont plutôt des parasites intra-nucléaires, qu'une dégénération partielle hydropique du noyau, mais il ne se prononce pas d'une façon formelle.

PAUL TISSIER.

Ueber Einschlüsse im Epithel der Carcinome (Des inclusions dans l'épithélium des carcinomes), par RIBBERT (*Deutsche med. Woch., n° 42, p.* 1179, 1891).

On décrit dans les cellules épithéliales des carcinomes des corps qui sont soit homogènes, soit pourvus d'un protoplasma et d'un noyau, ou bien des productions qui existent à côté du noyau de la cellule et semblent destinées à se substituer à lui. Ces éléments sont considérés par plusieurs auteurs comme des parasites.

En étudiant un cancer de la vessie, puis de nombreux cancers de la peau et des glandes, Ribbert a constaté un grand nombre de ces corps : il ne voit là que des cellules épithéliales ou des noyaux transformés et dégénérés.

On voit que plusieurs cellules peuvent s'emboîter, c'est-à-dire qu'une cellule volumineuse en renferme une autre moins grande et celle-ci une troisième incluse, plus petite. Or, cette dernière s'atrophie, le protoplasma se ratatine et fusionne avec le noyau, ou devient hyalin et forme avec le noyau un corps homogène. Comme les cellules enveloppantes ne suivent pas le mouvement, le corps central (généralement arrondi) se trouve libre dans une vacuole. Parfois il disparaît et la vacuole est inhabitée. Dans certains cas, il offre un bord strié ou même des radiations centrifuges.

Au lieu d'un corps homogène arrondi, on trouve quelquefois une masse finement granuleuse, de forme irrégulière, refoulée vers la périphérie de la vacuole.

Certaines cellules intravacuolaires renferment à leur tour une vacuole avec un corpuscule inclus. Dans les vacuoles, on peut découvrir, à côté des vestiges cellulaires, des leucocytes immigrés postérieurement.

L'auteur a vu, dans un cancer vésical, de grandes cellules contenant plusieurs vacuoles dans lesquelles on découvrait soit les éléments homogènes, soit de fines granulations, soit des amas indécis. Ces vacuoles étaient souvent si nombreuses que le protoplasma se trouvait réduit à l'état de mince bordure. Elles pouvaient être (comme d'ailleurs les cellules) de dimensions inégales et contenir, par conséquent, des productions d'aspect varié.

Les noyaux, au lieu de se confondre avec le protoplasma dégénéré, peuvent demeurer distincts et visibles. Ils deviennent parfois le point de départ de mitoses, lesquelles sont tantôt asymétriques, tantôt gigantesques, et se dissocient pour former des éléments isolés.

En résumé, toutes ces formations intra-cellulaires dérivent de la dégénérescence des cellules et ne sont pas de nature parasitaire. L. GALLIARD.

Désorientation de la cytodiérèse dans les cancers épithéliaux, par FABRE-DOMERGUE (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 158, 1892).

La cytodiérèse s'effectue dans les tumeurs épithéliales, soit par division directe, soit par karyokinèse, et son processus ne diffère pas sensiblement du type commun à toutes les cellules. L'on y observe dans la division indirecte, les éléments chromatiques, les filaments achromatiques et les corpuscules polaires avec leurs centrosomes. Tandis que dans les revêtements épithéliaux normaux, l'orientation de la cytodiérèse demeure constante, le plan de division cellulaire étant

généralement parallèle à la couche génératrice ; dans les tumeurs épithéliales malignes, au contraire l'orientation de la cytodiérèse est toujours plus ou moins modifiée. La désorientation de la cytodiérèse donne le mécanisme de l'accroissement des tumeurs épithéliales, de leur ulcération, et enfin de leurs altérations cellulaires. DASTRE.

Ueber pathologische Mitosen, par A. KRUSE (*Deutsche med. Woch.*, n° 53, *p.* 1427, 1891).

Les résultats de Kruse sont conformes à ceux de Hansemann (*R. S. M.*, XXXVIII, 477). Les mitoses asymétriques n'ont été constatées que dans le carcinome. En fixant les éléments à l'aide de la solution de Flemming et en les colorant avec la solution d'aniline-safranine, il a trouvé des mitoses hypochromatiques existant dans la même préparation que des mitoses hyperchromatiques ; des fuseaux nucléaires avec chromosomes aberrants, des mitoses hyperchromatiques et hypochromatiques multipolaires.

La découverte des mitoses asymétriques a de l'importance au point de vue du diagnostic du carcinome. L. GALLIARD.

Sur les greffes et inoculations de cancer, par CORNIL (*Bull. Acad. de méd.*, 23 *juin* 1891).

Dans la première observation il est question d'une volumineuse tumeur du sein, dont une parcelle fut insérée sous la peau du sein du côté opposé, qui était absolument normal.

Quelques semaines plus tard, un nodule dur apparaissaït au niveau de la greffe et au bout de 2 mois il présentait le volume d'une amande.

On en fit l'ablation et l'examen histologique a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé, dont les vaisseaux s'anastomosaient avec les parties voisines ; cette deuxième tumeur offrait les mêmes caractères que la tumeur mère ; comme il n'y avait sur aucun point du corps, ainsi que l'autopsie l'a démontré plus tard, aucune néoformation sarcomateuse secondaire, il est évident que la deuxième tumeur était bien due à la greffe.

La seconde observation relate également le fait d'une greffe d'épithélioma tubulé, empruntée à une tumeur du sein et pratiquée dans le tissu glandulaire de l'autre sein. Au bout de quelques semaines une tumeur apparaissait à ce niveau ; mais son ablation en a été refusée par la malade. OZENNE.

Ueber die Beziehung der Russell'schen Fuchsinkörperchen... (Rapport des corpuscules à fuchsine de Russell avec les granulations cellulaires d'Altmann), par KLIEN (*Ziegler's Beit. z. path. Anat. XI*, *p.* 125, 1891).

Les corps que Russell colorait par la fuchsine dans les cancers, et qu'il avait pris pour des micro-organismes, se rencontrent également dans d'autres tumeurs, par exemple dans les cellules géantes du tubercule. Leur volume varie de 0,5, à 19 μ, ce qui les différencie déjà des bactéries. On ne peut donc les regarder ni comme des parasites, ni comme caractéristiques du cancer, il est plus difficile de déterminer leur nature, cependant, les réactions colorantes les rapprochent des granulations cellulaires d'Altmann grossies par l'assimilation de la graisse. Il ne faut pas non plus en faire des grains graisseux, car l'alcool conserve les granulations à fuchsine de Russell et ne conserve pas les granulations graisseuses dans les tissus. C. LUZET.

Zur Casuistik der primæren Herzgeschwülste (4 cas de tumeurs primitives du cœur), par **JUERGENS** (*Berlin. klin. Wochens., nº 42, p.* 1031, 13 *octobre* 1891).

1º *Fibrome de l'oreillette droite* n'ayant donné lieu à aucun symptôme chez un enfant de 10 mois, mort de tuberculose cérébrale. Sur la paroi antérieure de l'oreillette droite, tumeur de la grosseur d'une cerise, très dure, largement implantée, à mi-distance entre l'abouchement de la veine cave supérieure et l'insertion de la valve antérieure de la tricuspide ; de couleur grisâtre, de surface complètement lisse et de forme hémisphérique. En plusieurs points, l'endocarde des deux ventricules offrait des épaississements fibreux diffus ayant en partie envahi les trabécules (*R. S. M.* XVII, 136.).

2º *Fibro-myxome polypeux de l'oreillette gauche* resté complètement latent chez un homme de 50 ans, ayant succombé à un cancer de l'estomac avec métastases hépatiques et atrophie granuleuse des reins. Cœur remarquablement petit et à parois minces. Au milieu de la paroi antérieure de l'oreillette gauche, tumeur dépassant un peu les dimensions d'une noix, implantée par un pédicule épais d'un centimètre, longue elle-même de 3 1/2 centimètres, et remplissant presque entièrement l'orifice mitral, malgré l'absence de toute hypertrophie du ventricule droit. L'endocarde auriculaire revêtait une partie du pédicule et disparaissait insensiblement dans le tissu de la tumeur. Le pédicule renfermait de nombreuses fibres musculaires à stries transversales, en partie graisseuses.

2º *Fibrosarcome de l'oreillette droite et de la valvule tricuspide* ayant entraîné la mort subite par œdème de la glotte et des poumons chez un homme de 36 ans. Cœur énorme et gras. Dilatation des cavités droites. A la partie antérieure de l'oreillette droite, infiltration médullaire diffuse, ayant presque l'épaisseur du pouce et se continuant sur la valve antérieure de la tricuspide, sur les cordages tendineux qu'elle a transformés en cordons rigides et sur la paroi ventriculaire antérieure. Au niveau de son insertion, la valve tricuspidienne est grosse à peu près comme le petit doigt, et rétrécit beaucoup l'orifice.

4º *Gommes intrapariétales du ventricule droit* amenant la mort subite d'une actrice de 19 ans, qui seulement 8 jours auparavant s'était plainte de violentes palpitations. Aucune trace de syphilides cutanées ; encéphale normal ; œdème considérable des poumons. Cœur hypertrophié et dilaté surtout du côté droit. La paroi du ventricule droit offre de nombreuses proéminences produites par des tumeurs siégeant dans la profondeur du myocarde ; la cloison interventriculaire présente aussi dans son épaisseur des tumeurs semblables légèrement saillantes sous l'endocarde. Plaques calleuses de l'endocarde qui ont complètement déformé la valvule tricuspide. Sclérose des artérioles et veinules intrapariétales du ventricule droit. Cicatrice rayonnée du rein droit et de l'iléon. Organes génitaux intacts. J. B.

De la calcification gypseuse des ganglions lymphatiques (adéno-gypsose ou maladie des stucateurs), par **A. ROBIN** (*Bull. Acad. de méd.*, 12 *janvier* 1892).

Il s'agit, dans le cas, d'un homme de 69 ans, qui, depuis l'âge de 20 ans, avait toujours été sujet à des bronchites et à des broncho-pneumonies à répétition ; il avait présenté, en outre, d'une façon presque permanente, des troubles digestifs et, dans les derniers temps, un aspect cachectique de date ancienne avait fait penser à la tuberculose. Le malade étant mort à la suite d'une endocardite, son autopsie n'a revélé aucune lésion tuberculeuse, mais une dégénérescence calcaire de tous les ganglions mésentériques et des ganglions du médiastin, de l'aisselle et du cou.

Pour expliquer cette calcification. Robin, après en avoir discuté les

différentes origines possibles, admet qu'elle résulte de poussières venues du dehors. Il en trouve la preuve dans ces faits que, d'un part, cet homme, stucateur de son métier, avait, pendant plus de quarante ans, vécu dans une atmosphère de poussières impalpables de sulfate de chaux, et que, d'autre part, ces ganglions contenaient 44 0/0 de phosphate de chaux et 20 0/0 de sulfate de chaux, sel que l'on n'a jamais rencontré jusqu'à ce jour dans les analyses de ganglions calcifiés.

Cette observation démontrerait donc que les particules minérales très finement divisées peuvent franchir l'épithélium pulmonaire et la muqueuse intestinale sans les altérer au passage et incruster les ganglions lymphatiques voisins.

Cette incrustation gypseuse, qui, dans l'espèce, atteint les stucateurs et mérite d'être appelée adéno-gypseuse ou maladie des stucateurs, peut envahir les ganglions du médiastin, les ganglions axillaires et les ganglions mésentériques. Elle a pour conséquence clinique d'apporter dans le fonctionnement de ces organes un trouble qui se traduit par des désordres intestinaux et pulmonaires variés, déterminant un état de cachexie particulier.

OZENNE.

Note sur deux cas de corps amyloïdes du poumon, par F. CURTIS (*Bull. méd. du Nord*, n° 7, *p*. 161, 1891).

L'auteur rapporte deux faits nouveaux d'amyloïde des poumons observés, le premier chez un vieux bronchitique mort de complications cardiaques, le second chez un homme de 60 ans mort de pneumonie suppurée consécutive à une endocardite ulcéreuse. Les grains amyloïdes sont nettement interstitiels. Chez le premier malade, on les rencontre surtout dans les régions hyperémiées, ce qui semble venir à l'appui de l'hypothèse de Friedreich sur leur origine hématique.

Le bleu de méthylène, qui colore en bleu les noyaux des cellules, colore les corps amyloïdes pulmonaires en vert émeraude; ceux du foie sont colorés en bleu par le même réactif, mais cette teinte vire au vert dès qu'on ajoute à la préparation une goutte de solution de picrate d'ammoniaque. LEFLAIVE.

Ueber die Untersuchungen des Sputums in Schnitten (Les coupes de crachats), par GABRITSCHEWSKY (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 43, *p*. 1198, 1891).

Pour fixer et durcir les crachats, on les met à l'état frais dans l'alcool, ou dans le liquide de Flemming, l'acide picrique, la solution concentrée de sublimé. Le liquide de Müller convient moins bien, car il dissocie les masses. Celles-ci sont incorporées dans la celloïdine, et l'on peut obtenir des coupes de 4 à 5 dixièmes de millimètre.

Les coupes sont colorées par la safranine, le carmin, l'hématoxyneliésinée. Celle-ci colore les noyaux en bleu, le protoplasma des cellules vulgaires en rouge clair, mais le protoplasma des cellules de Buhl et des cellules géantes en rouge foncé.

Sur les coupes, on ne peut différencier les cellules éosinophiles qu'on découvre dans les autres préparations.

L'auteur a trouvé dans les coupes de crachats de trois phtisiques des cellules géantes qui se trouvaient au milieu de globules de pus ou de cellules de Buhl et qu'on avait souvent de la peine à distinguer.

L. GALLIARD.

Étude d'histologie sur l'érosion hémorragique de la muqueuse de l'estomac dans les gastrites, par H. PILLIET (*Bull. Soc. Anat., p.* 693, *décembre* 1891).

Au début, toutes les villosités sont infiltrées de cellules rondes, les capillaires superficiels sont dilatés et donnent lieu à des épanchements sanguins; ce composé de cellules rondes et de globules rouges, superposé au tissu normal, s'arrête en général au niveau du point où les cellules bordantes commencent à apparaître dans les glandes, et est transformé en escarre par l'action du suc gastrique.

Après l'élimination de l'escarre, il reste au pourtour les villosités enflammées du voisinage; mais il n'existe pas à ce moment d'infiltration embryonnaire de la charpente connective qui fait le fond de l'ulcère; l'érosion, à ce stade, peut se réparer.

Mais on voit le plus souvent l'infiltration embryonnaire des parois et du fond de l'ulcère; les glandes dissociées par la prolifération conjonctive disparaissent à peu près totalement. L'érosion s'élargit, sa base se sclérose, la muqueuse diminue d'épaisseur.

Dans les formes plus chroniques, le tissu embryonnaire diminue à son tour , et le fond de la dépression est constitué par un tissu scléreux; c'est une espèce de cicatrisation par le tissu fibreux; mais, même à ce stade, l'érosion est soumise à l'action du suc gastrique, qui peut ouvrir les vaisseaux du tissu scléreux et produire soit des hémorragies veineuses, soit de petits anévrismes miliaires fissurés de l'estomac.

Des lésions de gastrite accompagnent l'érosion, un peu différentes pour chacune de ces variétés. MAUBRAC.

Das Cylinderepithel-Carcinom des Magens und des Dickdarms, par Gustav HAUSER (*Iéna*, 1890, *et Berlin. klin. Wochens.*, 9 *février* 1891).

Monographie basée sur l'examen anatomique et histologique de 45 cas de cancer épithélial cylindrique de l'estomac et du gros intestin, avec recherches spéciales sur la karyokinèse.

Hauser établit les divisions suivantes :

1° Cancer épithélial cylindrique adénomateux avec les sous-genres, simple, encéphaloïde, squirrheux, microkystique, gélatineux ;

2° Cancer épithélial cylindrique solide, avec les sous-genres encéphaloïde et squirrheux.

Hauser se rallie à l'opinion de Thiersch et de Waldeyer sur l'origine purement épithéliale des cancers et appuie sa manière de voir sur son étude des processus de karyokinèse.

Sous le rapport étiologique, il combat la théorie de Cohnheim et se montre très sceptique à l'égard de la théorie de l'infection. J. B.

Psorospermose du foie chez le lapin domestique, par MALASSEZ (*Arch. de méd. expér.*, *III*, 1, *p.* 1).

L'auteur a été amené à constater les altérations graduelles et les particularités suivantes :

1° Au début, proliférations épithéliales et conjonctives coïncidant avec la présence de coccidies dans la lumière des canalicules biliaires ;

2° Envahissement de l'épithélium, végétation et dilatation des conduits ;

3° Un peu plus tard, multiplication et apparence polymorphe des coccidies, dont quelques-unes rappellent les éléments trouvés dans diverses productions pathologiques ; à cette phase, elles continuent à être en connexion avec les voies biliaires, qu'elles peuvent infecter indéfiniment au voisinage ;

4° A la fin, destruction de l'épithélium, enkystement des coccidies, soit dans les voies biliaires, soit dans les espaces conjonctifs, où elles ont à lutter avec les cellules géantes ;

5° Diversité des formes enkystées, leur résistance à la putréfaction, à la dessiccation, à différents réactifs chimiques. GIRODE.

Ein Fall von multiplen Cystadenomen der Gallengänge (Conduits biliaires), par **E. v. HIPPEL** (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIII*, 3).

Hippel décrit des tumeurs du foie multiples, composées d'une charpente conjonctive avec des espaces creux. Leur paroi est revêtue d'une couche unique de cellules cylindriques, qui sont en continuité avec l'épithélium des conduits biliaires.

Ces tumeurs sont de véritables adénomes des conduits biliaires. Ils peuvent subir une dilatation kystique et s'ouvrir dans le système sanguin. Cependant ces adénomes sont des tumeurs bénignes, et ne sont pas le point de départ de métastases. Les adénomes du foie ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable au clinicien. ÉD. RETTERER.

Zur Lehre von der Versprengung von Nebennierenkeimen... (**Sur la dispersion des germes de tissu de capsules surrénales dans le rein ; avec remarques sur l'oncologie générale**), par **BENEKE** (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *IX*, 3, *p.* 440).

Chez un individu de 53 ans, se développa une tumeur de la région splénique, accompagnée de cachexie progressive, sans pigmentation de la peau, à laquelle succomba le malade. A l'autopsie on constate dans le rein gauche la présence d'une tumeur dure du volume de la tête d'un homme, pesant 4 kilogrammes, de surface irrégulière. A la coupe, on trouve un stroma fibreux très dur, partiellement calcifié, et des alvéoles renfermant des masses caséeuses et gélatineuses variant du gris au rouge brun. Les capsules surrénales existent avec leur aspect normal, sauf la gauche, qui est semée de petits noyaux gros comme des têtes d'aiguille. Dans le rein droit il existe une petite tumeur gris rouge pâle.

L'examen histologique montre que les petites tumeurs de la capsule surrénale gauche sont constituées par du tissu surrénal en état d'hypertrophie adénomateuse. Il en est de même de la tumeur du rein droit. Quant à la grosse tumeur du rein gauche, c'est un sarcome à grandes cellules ; mais à côté d'elle, dans le tissu rénal, on trouve du tissu surrénal typique. L'auteur admet en conséquence que le sarcome du rein gauche s'est développé aux dépens d'anciens germes erratiques du tissu surrénal. Il rapporte une autre observation d'adénome surrénal dans le rein. C. LUZET.

Beitrag zur Kenntniss der primären Angiosarcome der Niere (**Angiosarcomes primitifs du rein**), par **de PAOLI** (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *VIII*, 1, *p.* 140).

L'angiosarcome du rein est assez fréquent et se produit par la prolifération des cellules des gaines vasculaires (Waldeyer, Arnold, etc.).

La dégénérescence hyaline y est assez fréquente; elle frappe tout d'abord le manchon sarcomateux péricapillaire, puis l'endothélium vasculaire, et enfin le tissu conjonctif interposé. Il peut enfin en résulter l'oblitération des vaisseaux et la transformation des cylindres sarcomateux en cordons hyalins solides. Entre les cylindres sarcomateux les ruptures vasculaires peuvent produire des kystes sanguins. On peut distinguer l'angiosarcome du rein du carcinome par la présence d'un réticule délicat et par la conservation de canalicules au centre des alvéoles. Ces trois observations de Paoli concernaient des individus de 30 à 40 ans; dans un cas, l'affection avait paru débuter à la suite d'un traumatisme de la région lombaire. L'affection s'accompagne d'hématuries graves, elle est remarquable par sa longue durée. Deux fois le malade a été guéri par la néphrectomie, partielle dans un cas, totale dans l'autre. C. LUZET.

Les lésions histologiques de la peau dans la rougeole, par CATRIN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 9 *mars* 1891).

La faible léthalité de la rougeole et l'époque tardive à laquelle ont lieu les décès, dus le plus ordinairement à des complications, expliquent la pénurie des recherches sur cette question d'histologie pathologique. Sur un homme mort au troisième jour, d'une rougeole boutonneuse, les lésions spéciales observées par l'auteur siégeaient dans la couche de Malpighi de l'épiderme. Çà et là, et d'une façon plus ou moins discrète ou confluente, les cellules du corps de Malpighi présentent, dans leur zone endoplastique, un globe d'une substance réfringente à éclat gras. Ce globe refoule le noyau et parfois l'entoure. Ailleurs on trouve plusieurs de ces boules, constituant des masses mûriformes, refoulant à leur périphérie l'exoplasme et ne tardant pas à le rompre. Alors, en plein corps muqueux, on trouve des lignes, dites lignes de nécrose par coagulation, occupés par un mélange de boules colloïdes, de globules blancs, et de filaments de fibrine. Selon que ce magma est plus ou moins profondément situé, il donne lieu à une phlyctène superficielle ou profonde, dont le contenu n'est pas liquide, mais mou, ou même solide. L'espace ainsi développé par le clivement de l'épiderme est tantôt complètement rempli par le magma, ou bien, au-dessus et au-dessous de lui, est une zone claire occupée probablement pendant la vie par du liquide et des globules blancs. M. DUVAL.

Das deforme Becken, ein Degenerationszeichen, par WIEDOW (*Berlin. klin. Wochens. n°* 27, *p.* 681, 6 *juillet* 1891, *et n°* 50, *p.* 1188, 7 *décembre* 1891).

Sur 35 femmes ayant un bassin difforme, Wiedow a constaté 4 cas de crétinisme; 10 cas d'autres anomalies du squelette (conformation anormale du crâne; saillie du front avec enfoncement de la racine du nez; prognathisme; déviations du rachis ou des membres) 7 cas de petitesse extrême de la taille; 11 cas d'anomalies des organes sexuels (développement imparfait des seins ou des parties génitales; 1 fois, mamelon surnuméraire) et enfin 3 cas de goitre volumineux.

Il en conclut que, beaucoup plus souvent qu'on le croit, les anomalies pelviennes ne sont que l'expression d'une maladie générale de l'organisme ou un signe de dégénération. J. B.

Ueber die Entwickelung cystischer Geschwülste... (Sur le développement des tumeurs kystiques dans le maxillaire inférieur), par **KRUSE** (*Archiv f. pathol. Anat., CXXIV*, 1).

Kruse décrit trois tumeurs kystiques de la mâchoire inférieure à divers stades de développement. L'une a la structure d'un adénome renfermant surtout des bourgeons solides semblables aux premières ébauches dentaires. La seconde tumeur se compose de bourgeons creux, revêtus de cellules cylindriques et montrant tous les stades de passage jusqu'au cystome parfait. Elle rappelle l'organe adamantin du sixième mois. La troisième tumeur présente l'aspect et la structure de l'organe adamantin normal, ayant subi par places une dégénération pathologique.

Kruse se rattache à l'opinion de Malassez pour ce qui concerne l'origine de ces kystes, à savoir qu'ils dérivent des débris épithéliaux dentaires. ED. RETTERER.

Ueber Rückbildungsvorgänge an tuberculösen Riesenzellen (Sur les processus de régression dans les cellules géantes tuberculeuses), par Edwin **GOLDMANN** (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 22, 15 *novembre* 1891).

Les cellules géantes tuberculeuses subissent-elles une modification structurale du fait du traitement par la tuberculine et quelle est la nature de cette modification. Dans la synoviale d'une articulation tuberculeuse, Goldmann a vu les cellules géantes pénétrées, fissurées par des cellules rondes, et contenant de nombreux bacilles, bien colorés et de structure normale, siégeant entre les noyaux ou à leur voisinage immédiat. Les leucocytes se voyaient surtout dans les points dépourvus de noyaux : à l'autre pôle, lorsque les noyaux de la cellule géante étaient réunis vers un pôle ; à la région équatoriale, lorsque les noyaux occupaient les deux pôles ; à la périphérie, lorsque les noyaux étaient centraux.

Goldmann émet l'hypothèse qu'il s'agit d'une modification chimique du protaplasma, qui exercerait alors une action attractive sur les leucocytes, ceux-ci ne pénétrant qu'aux points (nécrose partielle) où la résistance est la plus faible. P. TISSIER.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Étude expérimentale sur le pneumothorax et sur les réflexes d'origine pleurale, par **GILBERT** et **ROGER** (*Revue de médecine*, 10 *décembre* 1891).

Dans la première partie de leur travail, Gilbert et Roger étudient l'état du cœur et de la pression sanguine soit au moment du développement du pneumothorax, soit ultérieurement. Ils insistent également sur les troubles respiratoires qui marquent la production même du pneumothorax ; ces points d'étude avaient été laissés de côté par Weill dans ses travaux sur le pneumothorax expérimental.

Au moment même de la production du pneumothorax, le tracé respiratoire normal montre une expansion inspiratrice extraordinaire du thorax. Cette perturbation n'est que passagère ; la dilatation inspiratrice du thorax cède bientôt brusquement.

La circulation n'est pas toujours influencée d'une façon très notable par la production du pneumothorax ; lorsqu'elle l'est, on constate que la pression sanguine s'abaisse et que les contractions du cœur deviennent plus rares et plus amples immédiatement, ou bien petites et irrégulières d'abord, rares et amples ensuite.

Lorsque la phase initiale du pneumothorax est franchie, le trouble circulatoire s'efface. D'autre part, le tracé respiratoire redevient régulier ; mais il se montre différent du tracé normal et présente des caractères distincts selon que le pneumothorax est ouvert ou fermé. S'il est ouvert la respiration s'accélère sensiblement et acquiert une amplitude anormale. L'inspiration est marquée par une ligne longue, légèrement oblique, presque verticale. Au commencement de l'expiration, la ligne d'inscription subit une chute verticale plus ou moins profonde, en raison de l'issue de l'air par la plaie intercostale ; puis elle remonte pour redescendre aussitôt en formant un crochet ; elle termine enfin obliquement son parcours.

Le pneumothorax est-il fermé, la respiration se ralentit par rapport à la normale ; l'amplitude des mouvements respiratoires reste supérieure à la normale, mais tombe bien au-dessous de celle du pneumothorax ouvert. L'inspiration est marquée par une ligne ascendante oblique se rapprochant de la verticale. A l'expiration, la ligne descend brusquement, verticalement, s'arrête en formant un plateau ou remonte pour former un crochet, puis descend obliquement et se termine en se rapprochant de la direction verticale.

Le pneumothorax double n'entraîne pas la mort chez le chien. Lorsqu'il est fermé les mouvements respiratoires deviennent plus fréquents qu'à l'état normal, moins amples et dicrotes. Chaque mouvement respiratoire est représenté d'abord par une ligne oblique se rapprochant de l'horizontabilité, puis de la verticalité, moins élevée qu'à l'état physiologique, indiquant l'inspiration ; ensuite par une double ligne verticale, l'une descendante très longue, l'autre ascendante plus courte, marquant la succession immédiate d'une expiration brusque et extrême et d'une inspiration ; enfin par une ligne légèrement ondulée presque verticale, oblique, puis presque horizontale, située moins bas que la pointe du crochet formé par les lignes verticales ascendante et descendante, due à une expiration.

Si l'un des pneumothorax est ouvert, l'autre demeurant fermé, la dilatation inspiratoire du thorax prend des proportions excessives, et l'inspiration est représentée par une ligne oblique presque verticale deux fois plus longue environ qu'à l'état normal. L'expiration, par une ligne de descente verticale, coupée par un crochet aigu.

Si les deux pneumothorax sont ouverts, le tracé respiratoire ne diffère du précédent que par l'amplitude respiratoire qui devient ici excessive, trois fois égale à l'amplitude normale.

Dans la seconde partie de leur travail, Gilbert et Roger rapportent : *a*) un cas d'épilepsie partielle observé chez un chien à la suite d'une

injection intra-pleurale de mercure ; *b*) un cas de tic convulsif de la face également chez un chien et consécutif à une expérience analogue.

L'examen anatomique des centres nerveux dans le premier cas ne permit de constater rien de particulier ; le second cas a pu servir à quelques recherches expérimentales. C'est ainsi que les auteurs ont pu détruire progressivement le cerveau et le cervelet sans que pour cela les mouvements convulsifs aient disparu. Ils en concluent qu'il s'agit là d'un acte réflexe ayant son centre dans le bulbe au niveau des noyaux d'origine bulbo-protubérantiels du trijumeau. C. GIRAUDEAU.

Quelques expériences sur la physiologie du pneumothorax par plaie pénétrante de la poitrine, par RODET et POURRAT (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 8, 1892).

L'air privé de germes n'exerce aucune action nocive sur la plèvre et le poumon. La quantité diminue graduellement : l'oxygène diminue ; l'acide carbonique s'y mêle tout de suite en proportions croissantes pour se résorber ensuite parallèlement aux autres gaz. Des mesures précises font connaître la marche du phénomène.

L'entrée brusque de l'air par une plaie pénétrante dans une plèvre préalablement vide détermine l'accélération des mouvements respiratoires avec augmentation d'amplitude, et accélération du rythme cardiaque. Le maintien de l'ouverture pleurale (pneumothorax ouvert) a pour effet, d'une part une énorme augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires, avec ralentissement graduellement croissant jusqu'à l'arrêt définitif ; d'autre part, un ralentissement du cœur aboutissant aussi à l'arrêt définitif, un peu avant celui de la respiration. Ces troubles et la mort consécutive résultent à la fois de phénomènes d'arrêt et de l'asphyxie. Dans le cas où la communication est maintenue entre la cavité pleurale et l'air extérieur, la ventilation est nulle : les grands mouvements sont inutiles : l'aspiration dans le côté sain s'épuise, suivant l'hypothèse de Weill, à déplacer en masse le médiastin. DASTRE.

Recherches bactériologiques sur les hydropneumothorax et les pyopneumothorax des tuberculeux. Indications qui en découlent pour le traitement, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *décembre* 1891).

Sur 16 observations, dans 13 l'épanchement était séreux ou séro-purulent ; dans 3 il était purulent. Dans les 13 premiers cas la méthode d'Ehrlich n'a montré que 3 fois le bacille de Koch ; mais sur les 10 autres cas, l'inoculation a été positive dans 8. Donc l'épanchement du pneumothorax des tuberculeux est de nature virulente tuberculeuse, mais il ne contient pas de microbes de la suppuration ni de microbes saprogènes.

Dans les 3 cas de pyopneumothorax la méthode d'Ehrlich a décelé la présence du bacille de Koch ; mais il était toujours mélangé à d'autres organismes. Netter insiste sur la longue durée des épanchements séreux en cas de pneumothorax, et la suppuration exige, d'après lui, la pénétration secondaire d'autres micro-organismes, contamination ultérieure qui est l'exception, et demande la béance du foyer et les progrès du foyer pulmonaire.

Si l'épanchement contient d'autres micro-organismes que le bacille de Koch, il faut pratiquer la thoracotomie avec les lavages. S'il n'y a pas de pus, la simple thoracentèse donnera de bons résultats en procédant par ponctions répétées. H. L.

Intra-thoracic surgery (Bronchotomie expérimentale), par WILLARD (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 569, 10 *octobre* 1891).

L'auteur donne les résultats de nombreuses expériences sur les chiens. Après résection d'une ou plusieurs côtes, il abordait la bronche par la voie antérieure ou postérieure. Dans tous les cas, l'opération a été mortelle.

Chez les chiens, on peut découvrir les bronches par une ouverture siégeant soit en avant, soit en arrière de la paroi, mais les rapports anatomiques sont tels que l'opération est très difficile et dangereuse.

La bronchotomie par la paroi thoracique s'accompagne de choc, de collapsus du poumon, et est suivie immédiatement de mort. Ce collapsus est plus grave sur un poumon sain que sur un poumon déjà malade. Les difficultés de l'opération sont le choc, la dyspnée par collapsus du poumon, les risques d'hémorragie par les vaisseaux pulmonaires, la blessure ou contusion du pneumogastrique.

Quoique un corps étranger puisse être enlevé par cette voie, l'opération reste hasardeuse. Mais en raison des dangers que présente un corps étranger (inflammation immédiate ou consécutive), on pourra pratiquer une trachéotomie, le plus bas qu'il sera possible : l'opération n'ajoute que peu de risques, et permet une issue plus facile du corps étranger, alors même que l'extraction n'est pas possible. Les dangers résident non point dans l'opération de la trachéotomie, mais plutôt dans les recherches prolongées à l'aide d'instruments. L'expulsion est plus probable après la trachéotomie.

Quant à la bronchotomie (après thoracotomie), alors que la trachéotomie a échoué, les risques en sont plus grands que le danger couru par l'abandon du corps étranger. MAUBRAC.

Recherches expérimentales sur la paralysie motrice faciale, par SCHIFF (*Revue médic. Suisse romande, XI*, 427, *juillet* 1891).

A la suite de la section ou de la résection du nerf facial, soit dans l'intérieur du crâne, soit au niveau du trou stylo-mastoïdien, avec extraction du nerf, il y a une première période de 4 à 5 jours, pendant laquelle l'excitabilité directe des muscles de la face est augmentée.

Le 4e ou le 5e jour commence la période des oscillations fibrillaires, visibles au niveau des poils. Ces oscillations, augmentant pendant 10 à 12 jours, deviennent stationnaires et se conservent indéfiniment, s'il n'y a pas régénération du nerf. Cette régénération est impossible quand le nerf a été extrait par le trou stylo-mastoïdien.

Après le 5e jour, le sympathique cervical acquiert ordinairement ce que Heidenhain a appelé la propriété pseudomotrice. La tétanisation du sympathique produit des mouvements des lèvres très lents et très faibles. Quelquefois, cette propriété pseudomotrice préexiste à un faible degré avant la lésion de la 7e paire et augmente seulement après sa section.

D'habitude, cette propriété pseudomotrice augmente jusqu'au 18e jour après la section du facial, reste ensuite quelque temps à sa hauteur et paraît diminuer fortement après 2 mois.

Une nouvelle scène commence au bout de 10 à 14 semaines. Aux mouvements fibrillaires, s'associent des mouvements fasciculaires de la face. D'abord faibles et existant seulement entre l'œil et la lèvre supérieure, ces mouvements rapides et fugitifs n'apparaissent que quand on ébranle la tête de l'animal ou quand on touche sa cornée. Peu à peu ces mouvements gagnent encore en rapidité, en fréquence et en étendue, et enfin deviennent de véritables mouvements réflexes qui se montrent même quand, sans toucher l'animal, on l'effraye en approchant brusquement la main et on l'excite en lui montrant un morceau de viande. L'œil, sans se fermer complètement, se resserre beaucoup plus que dans les premiers mois après la section.

Si, plusieurs mois après la résection du facial, on coupe le sympathique au cou, ou que l'on extirpe le ganglion cervical supérieur, et que l'on attende 1 ou 2 jours jusqu'à ce que l'irritation traumatique soit passée, les mouvements paradoxaux de la face se montrent comme avant l'interruption du sympathique.

Lorsqu'en même temps que le facial ou peu de temps après la cinquième paire a été coupée entre le cerveau et le ganglion de Gasser, ces mouvements paradoxaux n'apparaissent jamais pendant que les mouvements fibrillaires existent.

L'irritation électrique de la grosse racine de la 5e paire, faite avec toutes les précautions pour l'isoler de la petite racine et des anastomoses du sympathique avec le ganglion de Gasser, provoque des contractions très fortes des muscles de toute la face, des déplacements du nez, des occlusions des paupières. Cet effet s'est produit quand l'irritation (une secousse galvanique ou des tétanisations faradiques) était appliquée 16 mois jusqu'à 3 ans après la résection du facial. La même irritation restait sans effet quand on l'appliquait sur la racine de la 7e paire ou sur le contenu du conduit auditif interne.

Quand on pratique l'irritation électrique du trijumeau 3 et 1/2 et 4 et 1/2 mois après la résection du facial, à une époque où les mouvements paradoxaux existent déjà (et sont abolis par la section intra-crânienne de la 5e paire), on ne trouve pas encore trace d'excitabilité motrice électrique dans la grande portion, pendant que l'irritation de la petite portion, des oculomoteurs et du facial de l'autre côté produit encore des mouvements assez prononcés. Ces irritations étaient toujours faites après la destruction de la moelle allongée, l'institution de la respiration artificielle et l'ouverture partielle du crâne ; on avait enlevé quelquefois, aussi rapidement que possible, toute la voute crânienne. Si donc, dans ces dernières expériences, un malheureux hasard n'a pas causé une perte trop rapide de l'excitabilité de la 5e paire peu de minutes après la mort, il faut conclure que la 5e paire, avant de devenir un vrai nerf moteur excitable, persiste longtemps dans une condition que Schiff appelle *cinisodique;* c'est-à-dire que, comme cela est connu pour les nerfs en voie de régénération après des pertes de substance, ce nerf en transformation conduit déjà les excitations du réflexe et de la volonté sans être directement excitable par le courant électrique. C'est aussi la

même disposition que Schiff a trouvée d'une manière persistante dans la substance grise de la moelle épinière.

La section du nerf sous-orbitaire n'abolit pas entièrement les mouvements paradoxaux dans la partie médiane de la lèvre supérieure. Il y a une période initiale pendant laquelle une irritation d'induction du nerf sous-orbitaire produit un effet d'arrêt sur les mouvements fibrillaires de la lèvre supérieure (après la section du facial). Un fait analogue se montre pour la corde du tympan à l'égard de la langue, durant 1 à 3 jours (le temps varie d'après la race des chiens); avant d'acquérir la propriété pseudo-motrice, elle a en effet une action inhibitrice. J. B.

I. — Innocuité de l'ablation du corps thyroïde. Cause des accidents graves de la thyroïdectomie, par N. ARTHAUD et L. MAGON (*C. R. Soc. de biol.*, *p.* 548, 550, 567, 1891).

II. — Thyroïdectomie double, par Ch. QUINQUAUD (*Ibid., p.* 581).

III et IV. — *Idem*, **par E. GLEY** (*Ibid.*, *p.* 583, 841, 843, *et Arch. de phys.*, *IV*, 1).

V. — Zur Exstirpation der Schildrüse (Glycosurie par ablation du corps thyroïde), par FALKENBERG (*Centralbl. f. klin. Med.*, *n°* 28, *p.* 84; *Beilage*, 1891).

I. — Les auteurs ont obtenu la survie de la moitié des chiens et des rats opérés. Chez des chiens qui ont succombé on constate des broncho-pneumonies nodulaires, hépatites et néphrites. L'ensemble des symptômes correspond à ceux de la névrite unilatérale ou bilatérale des nerfs vagues. Des lapins, des cobayes, des grenouilles ont résisté également. La mort et les accidents seraient dues aux lésions des nerfs voisins et spécialement du pneumogastrique.

II. — Sur les 11 opérations Quinquaud et Butte ont 9 morts chez le chien. Ils notent l'affaiblissement, la démarche ataxique avec tremblement, de l'amaigrissement, de la cachexie. Ils signalent la polydipsie, la mort presque subite, l'albuminurie, des accès de pseudo-asthme. Il y a diminution du sacre de sang.

III. — Gley rapporte les cas connus de thyroïdectomie, pour en montrer l'effet constant, la mort. Les exceptions apparentes seraient dues à la présence de thyroïdes accessoires, ou à la production tardive des effets. La théorie présentée par Arthaud et Magon est celle de Munk; elle a été réfutée déjà par Fuhr, Fano, Herzen.

IV. — Gley a constaté que la thyroïdectomie complète est mortelle chez le lapin comme chez le chien. L'ensemble des accidents est le même. Seulement, il existe toujours chez le lapin, à côté de la thyroïde mais plus bas, sur la carotide même, une glandule accessoire du poids moyen de 10 milligrammes (le corps thyroïde total pesant 170 milligrammes), restée à l'état embryonnaire. Si l'on enlève le corps thyroïde, ces annexes se développent et doublent de volume. L'animal survit indéfiniment.

En second lieu, on peut supprimer les accidents par une injection intra-veineuse du suc extrait par trituration du corps thyroïde.

Le sérum de chien thyroïdectomisé, recueilli et conservé aseptiquement, détermine des accidents convulsifs nouveaux chez le lapin à qui on l'injecte.

Enfin, Gley a pratiqué la destruction de l'hypophyse chez le lapin, et

il aurait observé à la suite des phénomènes convulsifs légers. Dastre a fait observer qu'il avait eu l'idée de cette opération et qu'il l'avait pratiquée chez le chien sans résultat deux ans plus tôt. D'autre part l'existence des glandes parathyroïdiennes avait été signalée déjà antérieurement, ainsi que le dit l'auteur, en 1880, par J. Sandstromchez l'homme, le chat, le lapin, le cheval. Gley admet que non seulement l'hypophyse, mais encore quelque autre organe ou glandule peut remplir un rôle vicariant. DASTRE.

V. — A l'instigation de Külz, Falkenberg a enlevé en une seule séance les 2 corps thyroïdes à 20 chiens, 4 seulement ont survécu à cette mutilation. Deux de ceux-ci avaient des glandes thyroïdes accessoires pesant 1/33 du poids des glandes principales; un des chiens qui ont succombé à la suite de l'opération présentait également, dans la région aortique, un corps thyroïde accessoire pesant le 1/38 du poids total des glandes principales.

Chez 13 des chiens privés de corps thyroïdes (11 de ceux qui ont succombé et 2 des survivants) il y eut glycosurie datant du 2e au 12e jour après l'ablation; chez 3 chiens seulement elle fut continue pendant toute sa durée, tandis que chez tous les autres il y eut des jours libres alternant sans régularité aucune avec ceux où l'urine contenait du sucre. A l'exception d'un seul cas, la glycosurie persévérait jusqu'à la mort; la quantité maxima de sucre éliminé quotidiennement fut de 80^{gr},1. Falkenberg n'a constaté ni acétone ni acide acétylacétique. L'examen microscopique du cerveau et la moelle de 2 de ces chiens n'a rien révélé de morbide. J. B.

I. — Effets physiologiques du suc de diverses glandes et en particulier de la thyroïde, par E. GLEY (*Compt. rend. de la Société de biologie*, *p.* 250, 18 *avril* 1891, *p.* 307).

II. — Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par LAULANIÉ (*Ibid.*, 9 *mai* 1891).

III. — The diuretic action of fresh thyroid juice, par E. Hurry FENWICK (*Brit. med. journ.*, *p.* 798, 10 *octobre* 1891).

I. — L'injection intra-veineuse du suc de la thyroïde (de mouton ou chien) fait disparaître chez le chien thyroïdectomisé depuis vingt-quatre heures les accidents tels que marche titubante, contractures musculaires, polypsie. S'ils reparaissent le lendemain, une nouvelle injection en a raison. G. Vassale avait signalé, indépendamment de l'auteur, des résultats analogues.

II. — Laulanié a constaté que les urines des chiens thyroïdectomisés sont médiocrement abondantes, alcalines, chargées de sels biliaires, éminemment toxiques et convulsivantes. Il y a des lésions aiguës dans le foie et dans les reins. DASTRE.

III. — Fenwick, faisant une opération de greffe thyroïdienne chez une malade atteinte de myxœdème, constata que l'injection hypodermique du liquide visqueux qui s'écoulait de la section du corps thyroïde avait déterminé une diurèse notable (50 onces d'urine par jour au lieu de 20).

Depuis, l'auteur a répété systématiquement cette expérience en injectant artificiellement du suc thyroïde frais de mouton chez un malade

également atteint de myxœdème, et il a constaté que chaque injection était suivie d'un gonflement local de la peau et d'un peu de douleur, tandis qu'en même temps survenait une abondante sécrétion d'urine. Il se demande si l'état connu sous le nom de myxœdème n'est pas la conséquence d'une perversion de la fonction rénale. H. R.

Ueber künstlich erzeugte Gehirnabcesse (Sur la production artificielle des abcès du cerveau, par V. MALINOWSKY (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 162, 1891).

Après avoir perforé chez le chien les os de la voûte crânienne, l'auteur injecte au moyen de la seringue de Pravaz de petites quantités de liquides infectieux (*staphylococcus pyogenes aureus* ou *albus*, *streptococcus pyogenes*) afin de provoquer des abcès localisés dans la substance du cerveau ou du cervelet. Dans les cas relativement peu nombreux où l'opération avait été suivie de production d'abcès, les animaux présentèrent des symptômes variés, ne permettant pas en général une localisation exacte de la lésion. Ces symptômes paraissent devoir être attribués à des phénomènes d'excitation. La lésion n'excite pas seulement les parties avoisinant immédiatement l'abcès, mais agit à distance, comme le montre l'exemple suivant.

Après une injection dans le lobe frontal gauche, on constate de la parésie du côté droit, puis au bout de quelques jours une paralysie complète du côté droit, accompagnée d'une diminution unilatérale de l'excitabilité réflexe. Treize jours après l'opération, on pratique du côté opéré l'extirpation complète de la zone motrice y compris l'abcès qui était gros comme une noisette. Dès le lendemain, l'animal marchait de nouveau, et il ne persista qu'un léger manque de précision dans ces mouvements des extrémités du côté droit. L'excitabilité réflexe redevint presque normale.

Les symptômes, provoqués par l'apparition de l'abcès, doivent donc être rapportés à d'autres portions du cerveau que celles qui avaient été primitivement détruites par l'abcès. Ce résultat concorde pleinement avec les doctrines défendues par Goltz. LÉON FREDERICQ.

Beiträge zur Lehre von der Transplantation... (Contribution à la transplantation de fragments osseux non vivants), par S. OCHOTIN (*Archiv f. path. Anat. CXXIV*, 1).

Après avoir enlevé aux lapins des segments osseux longs de 5 à 6 millimètres et épais de 1 à 2 millimètres, Ochotin mit à leur place, en prenant toutes les précautions aseptiques nécessaires, des morceaux d'ivoire ou d'os non vivants. Les animaux furent sacrifiés 7, 12, 18, 32 et 42 jours après l'opération.

L'examen microscopique montra que l'os non vivant introduit dans un os vivant s'entoure, comme tout corps étranger, d'une capsule conjonctive. Peu à peu, il est enveloppé par du tissu osseux de nouvelle formation, en même temps qu'il se met à être résorbé.

Tant que l'os non vivant n'est environné que du tissu conjonctif jeune, sa résorption marche fort lentement. Dès que les grandes cellules épithélioïdes (ostéoblastes) et les cellules géantes de l'os de nouvelle formation se sont produites sur le pourtour de l'os non vivant, la dispa-

rition de la substance osseuse non vivante se fait très activement. Il est problable que les cellules géantes proviennent des ostéoblastes. Ces éléments produisent une résorption rapide de la substance osseuse non vivante ; plus l'irritation est grande, plus on voit apparaître de cellules géantes.

Pour que la transplantation d'un os non vivant réussisse, il faut l'introduire dans l'intérieur de l'os vivant ou dans son voisinage immédiat.

L'os d'un jeune veau se résorbe plus facilement que l'ivoire.

ED. RETTERER.

Ueber die Regeneration der Leberdrüse... (Sur la régénération de la glande hépatique après la résection de lobes entiers, et sur le rôle du foie dans la production de l'urée), par von MEISTER (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, 1er *décembre* 1891).

Il est possible de pratiquer sans troubles notables consécutifs pour l'organisme l'ablation de la moitié et même des trois quarts du foie, en suivant une technique convenable. Au bout de 36 jours après l'ablation des trois quarts du foie, le tissu hépatique est régénéré de telle façon que le tissu hépatique néoformé présente un poids presque comparable à celui du foie normal. La régénération de masses aussi énormes de la glande hépatique résulte de l'hypertrophie et aussi tout spécialement de l'hyperplasie des cellules hépatiques. Les canalicules biliaires et les vaisseaux sanguins prennent une part dans le processus de régénération.

A la suite de l'ablation du foie, le chiffre total de l'azote urinaire s'abaisse, mais non parallèlement avec celui de l'azote de l'urée, de sorte que le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total s'abaisse.

La proportion des matières extractives augmente, de sorte que le rapport entre l'azote qu'elles contiennent et l'azote total augmente. Plus la partie enlevée est volumineuse, plus le chiffre de l'urée s'abaisse, et lorsque tout le foie est extirpé, cette diminution devient considérable. Quelque temps après l'opération (11 à 15 jours), on voit le chiffre de l'urée s'élever progressivement et atteindre même le chiffre normal.

PAUL TISSIER.

Atrophie musculaire progressive expérimentale, par ROGER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 26 *octobre* 1891).

En inoculant à des lapins des cultures atténuées du streptocoque de l'érysipèle, on voit se produire une atrophie musculaire progressive des membres postérieurs, des régions fessières et sacro-lombaires, la partie antérieure du corps étant épargnée. La mort survient généralement avant un mois, à un moment où il n'y a plus de microbes dans l'organisme, car les streptocoques sont détruits au bout de huit ou dix jours ; il semble donc que l'amyotrophie relève des produits solubles laissés par les agents figurés. A l'autopsie on constate l'atrophie des faisceaux musculaires primitifs ; leur largeur a diminué de moitié ; la striation transversale a presque disparu ; les noyaux du sarcolemme ont abondamment proliféré. En examinant la moelle épinière, on la trouve avec les apparences d'une moelle saine à l'œil nu, mais sur les coupes on constate que

les cellules des cornes antérieures sont atrophiées; elles sont toutes atteintes dans la région lombaire par une dégénérescence qui commence par un état tuméfié du protoplama, puis par la formation de vacuoles; finalement le noyau lui-même s'atrophie, disparaît, et on ne trouve plus à la place de la cellule qu'une masse incolore. Cependant les racines antérieures demeurent saines. Ainsi un virus déterminé peut produire chez les animaux une myélite systématique comparable, comme symptômes, à l'atrophie musculaire progressive. M. DUVAL.

Beitrag zum Studium der Phagocyten, par CAPPARELLI (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, 9, *p.* 277, 1891).

En injectant dans le sac lymphatique de grenouilles des spores d'ustilago carbo, facile à reconnaître par leur forme et leurs dimensions, l'auteur a pu voir que ces spores sont prises en majeure partie par les phagocytes, que leur couleur devient jaunâtre et qu'enfin les spores se divisent en petits fragments. Dans le foie, la rate et les divers organes, on retrouve ces phagocytes contenant des spores, et on note sur les cellules des indices de dégénérescence. La décoction de spores d'ustilago carbo étant sans action toxique, et la coloration des spores en voie d'altération étant différente dans le foie et dans la rate, l'auteur pense que c'est au suc des tissus même que l'on doit attribuer la destruction simultanée des spores et des phagocytes. C'est pourquoi, au début de la phagocytose, la coloration des spores n'est pas altérée. C. LUZET.

Le chimiotaxisme des leucocytes et l'infection microbienne, par MASSART et BORDET (*Annales de l'Institut Pasteur*, *V*, *n°* 7).

Les causes qui affaiblissent l'immunité naturelle ou acquise sont : 1° l'introduction des produits sécrété par l'espèce microbienne inoculée; 2° l'introduction de produits sécrétés par un autre microbe; 3° l'exposition de l'animal à des conditions défavorables à son existence ou la production de lésions traumatiques; 4° l'introduction de substances chimiquement déterminées; 5° l'introduction d'anesthésiants.

Des recherches modernes il résulte que ces causes prédisposantes agissent en s'opposant à l'accumulation des leucocytes aux endroits menacés d'infection : leur chimiotaxisme est en défaut. Quelle est la raison de ce manque d'activité ?

Massart et Bordet n'admettent pas avec Bouchard que les produits microbiens; excercent une action stupéfiante sur les leucocytes car baignés dans la culture du b. prodigiosus, microbe diminuant la résistance pour la bacille pyocyanique, les leucocytes ne sont ni stupéfiés ni paralysés; ils conservent intactes leur irritabilité et leur mobilité, et toutes les études faites sur la chimiotaxie parlent dans ce sens.

Faut-il admettre alors avec Bouchard qu'il y a paralysie des centres vaso-dilatateurs. L'expérience de Gley et Charrin (excitat. du nerf dépresseur chez le lapin) n'est pas probante. Il n'est pas prouvé que deux excitations successives d'un même nerf, surtout par les courants induits, doivent produire des effets identiques. La dessiccation, le fait de renouveler l'excitation, compliquent la question. Il y a plus, l'injection de culture de b. pyocyanique suffisante pour détruire l'immunité du lapin

contre la maladie pyocyanique n'empêche pas la dilatation vasculaire, l'introduction de doses trop fortes, capables de tuer la souris par intoxication directe, est également incapable d'arrêter la dilatation vasculaire. Et puis dans les tracés de Charrin et Gley il n'y a pas élévation de la pression aortique, ce qui serait si tous les centres vasodilatateurs étaient paralysés.

De leurs expériences les auteurs concluent que le sérum normal du lapin n'attire pas les leucocytes, tandis que le sérum de l'animal auquel on a injecté 1 centimètre cube de bacille prodigiosus ou 20 centimètres cubes de culture stérilisée de b. prodigiosus les attire fortement. Par suite chez les animaux dont le sang contient des substances microbiennes attirantes les leucocytes attirés de toute part n'ont aucune tendance à se diriger vers le microbe introduit, la différence entre les valeurs attractives du liquide qui les baigne et du liquide qui diffuse des microbes n'est pas assez forte, dès lors les microbes non enveloppés de phagocytes peuvent se multiplier.

A mesure que le produit attirant s'élimine, l'immunité reparaît. Ainsi s'explique la perte de l'immunité par introduction de produits microbiens. Lorsqu'il y a diminution de résistance de l'organisme (fatigue, jeûne, traumatisme, surmenage) il y a production de substances morbides attirant les leucocytes et les empêchant le remplir le rôle phagocytique.

Quelques corps (acide lactique), peut-être certains produits microbiens (toxine du tétanos), repoussent les leucocytes parce que ces substances ont une action négativement chimiotaxique. Les anesthésiques facilitent ou aggravent l'infection en supprimant l'irritabilité des leucocytes.

PAUL TISSIER.

Experimentelle Untersuchungen über Immunität, par EHRLICH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, *p.* 1218, 1891).

Dans la première partie de son travail (*R. S. M.*, XXXIX, 56), l'auteur a expérimenté à l'aide de la ricine. Il s'adresse ici à l'*abrine*, principe actif du jequirity.

Mélangée à la nourriture des souris, l'abrine se montre moins toxique que la ricine. Les injections sous-cutanées ne provoquent pas de nécrose, mais des indurations; en outre, elles déterminent la chute des poils d'abord au siège de la piqûre, puis dans toute la région. D'autre part, l'abrine a une action irritante toute spéciale sur la conjonctive.

En faisant ingérer aux souris des doses croissantes d'abrine, comme il le faisait pour la ricine, l'auteur a conféré à ces animaux l'immunité générale et locale; cette immunité est absolue pour l'œil, elle est incomplète pour le tissu cellulaire.

L'auteur attribue l'immunité à la présence supposée dans le sang d'un corps qu'il appelle l'*antiabrine*.

Les animaux qui possèdent l'antiabrine ne sont pas protégés contre la ricine; de même l'antiricine n'a aucune valeur contre l'abrine.

Au point de vue pratique, l'auteur pense qu'on pourrait créer chez l'homme l'immunité contre l'abrine dans les cas où l'on voudrait utiliser les effets thérapeutiques de cette toxalbumine tout en évitant les accidents qu'elle peut provoquer.

L. GALLIARD.

Produits solubles favorisants sécrétés par le staphylocoque pyogène, par A. RODET et J. COURMONT (*C. R. de la Société de biologie, p.* 192, 21 *mars* 1891).

Les produits solubles sécrétés par le staphylocoque pyogène, introduits dans l'organisme du lapin, modifient l'état de réceptivité de cet animal pour le microbe, en le rendant plus sensible à l'infection. Ils sont favorisants.

L'introduction simultanée hâte légèrement la mort et favorise la suppuration. L'imprégnation, dont l'effet est aussi net au bout de trois mois qu'au bout de deux jours, hâte la mort du sujet et l'éclosion des lésions rénales.

Les cultures filtrées conservent cette propriété favorisante vingt-quatre jours après leur filtration, alors que leur pouvoir toxique diminue.

Cette influence pourrait s'expliquer au moyen d'une action toxique des produits solubles sur le centre vaso-dilatateur, qui, paralysé, empêche le phagocytisme (Bouchard).

L'influence prolongée est comparable à l'état vaccinal : modification des propriétés des phagocytes ou état microbiophile des humeurs.

DASTRE.

Actions vaso-motrices des produits bactériens, par Ch. BOUCHARD (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 26 *octobre* 1891).

Actuellement trois théories se disputent l'interprétation du phénomène de la diapédèse : celle qui l'attribue à une altération primitive des vaisseaux (Cohnheim), celle qui la fait dépendre d'un réflexe nerveux produisant secondairement la dilatation vasculaire, et enfin celle qui l'explique par l'activité propre des leucocytes (irritabilité chimiotaxique). Les trois théories s'adaptent à la notion nouvelle qui reconnaît l'infection locale comme cause de l'inflammation, les matières sécrétées par les microbes phlogogènes altérant les vaisseaux dans la zone infectée, suivant la première théorie, ou irritant, dans cette zone, les extrémités des nerfs centripètes, d'où réflexe vaso-dilatateurs, suivant la seconde, ou enfin, suivant la troisième, attirant, à travers la paroi vasculaire, les leucocytes du sang qui circulent dans cette région.

C'est à tort qu'on a voulu tout réduire à l'attraction exercée par les produits bactériens sur les leucocytes, considérant cette attraction comme suffisante pour leur faire franchir la paroi vasculaire. En effet, les leucocytes ne sont pas les seuls à sortir des vaisseaux ; le plasma sanguin, qui constitue l'œdème inflammatoire, sort avec eux, sort même avant eux, peut sortir sans eux, et on n'a pas encore parlé de l'irritabilité du plasma sanguin. Il y a donc bien réellement un acte de vaso-dilatation, et cet acte de vaso-dilatation est sous la dépendance des centres nerveux, lesquels sont influencés par les produits bactériens.

Mais cette influence peut se produire dans deux sens opposés. En effet, il est un produit bactérien qui paralyse les centres vaso-dilatateurs, empêche la dilatation vasculaire active et rend impossible la diapédèse. Ce produit, nommé *anectasine*, arrête les hémorragies, produit l'hémostase ischémique et pourra prendre sa place parmi les médicaments antiphlogistiques. D'autre part il est une autre substance bactérienne

dont l'action générale est excitante pour le centre vaso-dilatateur, et amène, dans les régions d'où part une irritation, une congestion réflexe, avec exsudation séreuse et diapédèse. Cette substance est l'*ectasine*, que l'auteur a découverte dans la tuberculine de Koch. Les effets que Koch a interprétés comme on sait, montrent simplement que la tuberculine contient une substance dont l'absorption générale provoque, au niveau des lésions locales tuberculeuses, la dilatation vasculaire, l'exsudation séreuse, la diapédèse des leucocytes. Elle produit aussi ces effets quand l'irritation locale n'est pas tuberculeuse, au niveau des nodosités lépreuses; chez les lapins sains, elle provoque l'hématurie, la congestion pulmonaire avec diapédèse, la dilatation des vaisseaux de la papille du nerf optique. Or quand, sur un animal auquel la tuberculine a dilaté les vaisseaux rétiniens, on injecte l'anectasine, on constate que, en une minute, l'anémie de la papille a remplacé l'hyperémie. Le bacille de Koch sécrète donc une substance qui excite le centre vaso-dilatateur. Les expériences de Charrin et Gley tendent à faire admettre qu'une substance analogue est sécrétée par le bacille pyocyanique. Les expériences d'Arloing prouvent qu'un des produits du staphylococque possède la même action physiologique. M. DUVAL.

Nouvelle méthode de recherche des micro-organismes pouvant exister dans les tissus vivants normaux, d'origine végétale ou animale, dans les tissus pathologiques, les sécrétions et les humeurs, par V. GALIPPE (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 816, 1891).

Supposant l'existence de micro-organismes dans les tissus, l'auteur s'est proposé de les cultiver dans l'organe même qui les porte. On se sert d'un ballon à deux chambres séparées par un étranglement : une chambre contient le fragment d'organe en expérience, l'autre contient le bouillon de culture. C'est un ballon à col étranglé portant une tubulure latérale. Ce vase est stérilisé : la chambre supérieure est aseptique. On peut mettre le bouillon en contact avec l'organe en penchant le flacon et en faisant voyager le liquide. On constate s'il est ensemencé. Les ballons doivent être chargés, en employant toutes précautions contre l'introduction des germes banals. Des épreuves de contrôle permettent de s'assurer qu'on y a réussi. L'auteur a constaté que beaucoup d'organes étaient normalement peuplés de micro-organismes, tels le foie, le rein et surtout le testicule. DASTRE.

I. — A propos de l'action exercée par les produits solubles du bacille pyocyanique sur le système nerveux vaso-moteur, par CHARRIN et GLEY. (*C. R. de la Soc. de biol., p.* 633, 1891).

II. — *Idem*, **par MASSART et BORDET** (*Ibid., p.* 662).

III. — Réponse de CHARRIN et GLEY (*Ibid., p.* 705 *et* 706, 1891).

IV. — Influence de l'infection sur les produits de la génération, par A. CHARRIN et E. GLEY (*Ibidem, p.* 809, 1891).

I. — 1° Les auteurs ont annoncé que ces produits diminuaient l'excitabilité des appareils nerveux vaso-dilatateurs (bout central du dépresseur et du nerf auriculo-cervical). — Cette diminution est seulement

passagère. Les auteurs repoussent les critiques de Massart et Bordet contre ce résultat.

II. — Massart et Bordet prétendent que le procédé kymographique est insuffisant dans le cas actuel; que la dilatation vasculaire peut se produire après comme avant l'injection des produits du bacille pyocyanique.

III. — Charrin et Gley montrent l'erreur d'interprétation de leurs contradicteurs. Au surplus, la réalité de l'existence de substances solubles du bacille pyocyanique, capables de paralyser le système vaso-dilatateur a été vérifiée par Morat et Doyon et par Courmont. C'est un résultat qui semble acquis.

IV. — On soumet des lapines à l'effet durable, à l'action chronique du virus pyocyanique. On vaccine l'animal contre ce virus en se servant du bacille ou de ses produits solubles. Ces femelles, s'il y a conception, mettent bas avant terme. Les petits sont mort-nés ou survivent peu. S'ils survivent plus longtemps, leur croissance est extrêmement ralentie.

DATR E.

Sur la toxicité des produits solubles du staphylocoque pyogène, par A. RODET et J. COURMONT (*C. R. de la Soc. de biol.*, p. 46, 1892).

Des cultures ont été faites dans du bouillon de veau sans addition de peptones avec des échantillons divers de staphylocoque pyogènes aureus, végétant à une température uniforme. On expérimente sur des chiens et des lapins et on note la température, la pression, le pouls carotidien et la respiration. On utilise les cultures complètes stérilisées par la chaleur, les cultures filtrées, le précipité et l'extrait alcooliques.

Le staphylocoque fabrique dans ses cultures des substances toxiques multiples. La dissociation par l'alcool permet d'en séparer deux dont tous les effets paraissent antagonistes, surtout comme poisons du système nerveux. Le précipité alcoolique est vaccinant et l'extrait alcoolique est prédisposant.

DASTRE.

Contribution à la connaissance du pouvoir pathogène du bacillus pyogenes fœtidus, par E. BURCI (*Riv. gen. Ital. di Clin. medica*, n° 1, p. 2, 1892).

Un jeune homme de 19 ans avait été pris, à la suite d'excès d'alimentation, de douleurs abdominales. Un médecin fit appliquer des sangsues sur la paroi droite du ventre, au-dessous de l'ombilic. Au bout de vingt-quatre heures, se manifesta un phlegmon de la paroi, qui prit rapidement de l'extension, s'étendit à la partie droite du scrotum. L'incision permit d'évacuer un pus fétide, qui contenait à l'état de pureté le bacillus pyogenes fœtidus de Passet.

B. suppose que ce bacille a été transporté par les sangsues et rappelle que Pacinotti, parmi les microbes contenus dans la cavité buccale de la sangsue, a trouvé le bacillus pyogenes fœtidus.

G. LYON.

Untersuchungen über die Temperatursteigerung... (Recherches sur l'élévation thermique dans les organes enterrés), par KARLINSKI (*Centralbl. f. Bakt. IX*, 13, p. 434).

Pendant la putréfaction des organes enterrés il se fait une élévation thermique relativement à la température du sol; cette élévation est plus considérable dans les organes d'individus morts de maladie infectieuse

que dans ceux d'individus sains. Le bacille typhique peut ainsi conserver sa virulence pendant 3 mois, ne disparaissant que par l'invasion de nombreuses bactéries saprophytes. L'auteur a vu la virulence du bacille typhique se conserver pendant 5 mois, tandis que, dans des sols fortement humectés par la pluie, il disparait en 1 ou 2 semaines. En sorte qu'il ne faut pas refuser un rôle au sol dans la genèse des épidémies; mais il est difficile de retrouver le bacille typhique virulent dans l'eau potable. C. LUZET.

Recherches expérimentales sur l'élimination des microbes par l'urine, par ENRIQUEZ (*Bulletin méd.*, 31 *janvier* 1892).

Enriquez a institué des expériences dans le but de rechercher s'il était possible d'assigner au passage du microbe telle ou telle partie du tube urinifère, comme cela a lieu pour les différentes parties constituantes de l'urine.

Reproduisant alors l'expérience d'Heidenhain en remplaçant les solutions de bleu d'indigo et d'urate de soude par un bouillon de culture, contenant une espèce microbienne déterminée, l'auteur a choisi le chat comme sujet d'expériences pour les injections extra-veineuses de microbes (aureus, charbon, Eberth, pneumocoque), qui étaient pratiquées aussitôt après la section de la moelle.

Il est arrivé à cette conclusion que le passage des microbes dans le système des canaux urinifères est indépendant de la sécrétion aqueuse de l'urine, fonction du glomérule, et qu'il s'effectue plus spécialement par les cellules troubles à bâtonnets des tubes contournés. C'est dans ces tubes que le microscope a montré, à des degrés variables, les lésions suivantes : tuméfaction, trouble des épithéliums d'Heidenhain, fusion des cellules entre elles, diminution de l'affinité du noyau pour les réactifs colorants et parfois multiplication des noyaux.

Dans ces conditions expérimentales, il est à remarquer que l'on doit tout à la fois invoquer, pour expliquer ces altérations, l'absence d'élimination des produits solubles de l'urine et l'action du microbe lui-même. OZENNE.

Ueber die intrauterine Uebertragung pathogener Bakterien (Transmission intra-utérine de bactéries pathogènes), par O. LUBARSCH (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIV*, 1).

A la suite de l'inoculation du charbon à la mère (souris blanches et rats), Lubarsch ne trouva pas de bacilles chez leurs fœtus. Sur 7 lapines, le bacille du charbon fut transmis quatre fois aux fœtus. Sur 21 cobayes, la transmission du bacille aux fœtus fut constatée sept fois.

Lubarsch pense que les troubles circulatoires du placenta favorisent le passage du bacille de la mère au fœtus. Quand ces troubles font défaut, le placenta oppose une barrière efficace à la transmission. ÉD. RETTERER.

Recherches sur la destruction des microbes par les cellules amiboïdes dans l'inflammation, par A. RUFFER (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 11, 1891).

Les bacilles du charbon symptomatique inoculés chez le cobaye ou le lapin s'y développent immédiatement et des leucocytes se rassemblent au point d'inoculation; une fois émigrés, ils attaquent vivement les microbes. L'émigration est proportionnelle à la longueur et à la béni-

gnité de la maladie et inversement proportionelle à la quantité et à la force du virus introduit. Si, par une cause mécanique ou chimique, les leucocytes sont empêchés d'aborder le virus, la maladie fait aussitôt des progrès et l'animal succombe. De même, si les leucocytes sont arrêtés d'un côté du corps par l'acide lactique, la maladie ne se développe que de ce côté. Les humeurs vivantes des animaux réfractaires ou à immunité renforcée par une inoculation antérieure, n'ont pas d'action bactéricide sur le virus du charbon symptomatique ; il en est de même des humeurs de l'animal malade.

L'exsudation séreuse semble plutôt en relation inverse avec l'émigration cellulaire ; la première étant toujours plus abondante lorsque la maladie est plus virulente.

Les poisons sécrétés par un microbe inoculé en un point n'attirent plus les leucocytes lorsque les substances produites par ce microbe inoculées en un autre point, ont déjà pénétré dans le sang (expériences avec le bacille pyocyanique). Il semble que pour ce bacille les leucocytes soient paralysés. Il n'en va pas de même avec le bacille de Chauveau et on voit les leucocytes d'un animal charbonneux refuser d'englober la bactéridie et avaler très bien tout autre microbe. P. TISSIER.

Du rôle du sang dans la genèse des produits inflammatoires, par A. OBRZUT et A. RÉMOND (*Le Languedoc médical*, *p.* 13, 51, 65 *et* 85, 13 *novembre*, 4, 11 *et* 25 *décembre* 1891).

Dans les processus inflammatoires chroniques, les éléments fixes des divers tissus se comportent d'une façon absolument passive. Les globules blancs semblent se développer aux dépens des globules rouges, car on peut observer un développement leucocytaire dans les masses sanguines, en des points où toute immigration de leucocytes est impossible; on comprend ainsi comment on peut rencontrer en certains points une accumulation énorme de globules blancs alors que leur nombre ne paraît pas modifié dans le sang. Des globules rouges, fragmentés ou diminués de volume, peuvent, en certains cas, se transformer en granulations de substance chromatique. Les globules rouges sont l'origine de la substance intercellulaire réticulée du tissu conjonctif de néoformation. Les globules rouges extravasés sont également l'origine du tubercule; selon les conditions de nutrition périphérique, selon la plus ou moins grande quantité de bacilles, il se produira de la substance caséeuse ou des tubercules fibreux. La substance caséeuse est d'autant plus certainement identique à un caillot qu'on y rencontre de la fibrine et que celle-ci ne peut exister là où il n'y a pas de sang. Tout produit inflammatoire, quelle que soit sa forme, provient du sang et plus spécialement des globules rouges. GEORGES THIBIERGE.

Sur les prétendues vaccinations par le sang, par BOUCHARD (*Revue de médecine, janvier* 1892).

Bon nombre d'auteurs ont cru pouvoir conclure de leurs expériences que le sang d'animaux naturellement réfractaires ou rendu réfractaires par les moyens actuellement connus, diminue la réceptivité lorsqu'on l'injecte à des animaux doués de réceptivité, et que si l'injection est faite chez les animaux déjà infectés, elle peut atténuer l'infection, aider à la

guérison. On a dit que cette protection résultait d'une action analogue ou identique à la vaccination et on a fait revivre, à cette occasion, la doctrine des matières empêchantes.

Dans une série d'expériences, Bouchard a cherché à contrôler les résultats publiés et à voir si l'interprétation qui leur a été donnée n'était pas entachée d'erreur. Les conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes :

Le sang bactéricide à l'égard d'un microbe exerce réellement une influence favorable et même curative sur la maladie causée par ce microbe; ce sang bactéricide a une action plus active si on le prend chez les animaux vaccinés.

L'état réfractaire d'une espèce animale n'autorise pas à penser que le sang de cette espèce exercera une action favorable. Cette action favorable diffère radicalement du mécanisme de la vaccination. Elle n'est qu'un mode nouveau de l'antisepsie générale. Cette partie du travail de Bouchard vise surtout les recherches faites à l'aide de sérum de sang de chien ou de chèvre pour amener la guérison de la tuberculose; aussi l'application à l'homme de l'hémothérapie est-elle prématurée, l'heure présente doit être réservée à la recherche. C. GIRAUDEAU.

Sull' azione microbicida del sangue in diverse condizione dell' organismo, par ROVIGHI (*Annali dell' Istituto d'Igiene sperimentale dell' Univ. di Roma*, *II*, 1890, *et Hygienische Rundschau*, *I*, 602, 1891).

Rovighi a examiné le pouvoir bactéricide du sang dans diverses maladies surtout humaines. Du sang obtenu stérile par une saignée était défibriné et ajouté à quantité approximativement égale (3 centimètres cubes) de bacilles typhoïdiques, de bacilles pneumoniques de Friedlaender ou de staphylocoques jaunes.

Dans deux expériences sur l'homme sain, le chiffre des bacilles typhoïdiques diminua rapidement de 12,520 à 40 puis à 0, ceux des bacilles pneumoniques et des staphylocoques tombèrent lentement de 2160 à 1119 et à 832.

Chez la majorité des 9 pneumoniques, la faculté bactéricide du sang défibriné à l'égard du pneumobacille était diminuée; il en était de même dans 3 des 9 cas à l'égard du bacille typhoïdique ; quant aux staphylocoques tantôt ils étaient tués rapidement ou lentement, tantôt ils se multipliaient rapidement. Chez un des malades, le pouvoir bactéricide fut réexaminé après la crise et trouvé notablement renforcé. Chez un typhoïdique, les pneumobacilles et les staphylocoques s'accrurent mieux qu'à l'état normal. Chez un diabétique, un néphritique, un cancéreux et un syphilitique, rien d'insolite; chez un paludéen et un individu fortement anémié, les bacilles pneumoniques et les staphylocoques furent favorisés dans leur développement.

Dans le sang défibriné d'un lapin, infecté par la septicémie spéciale à cet animal, les bactéries de cette septicémie se multiplièrent abondamment, tandis qu'ils succombèrent dans les conditions normales.

L'élévation de la température accroît le pouvoir bactéricide du sang, ce dont Rovighi s'est assuré par des expériences comparatives sur des animaux maintenus les uns à la température de la chambre, les autres à l'étuve à 40°. J. B.

I. — Pouvoir destructeur du sérum sanguin pour les globules rouges, par G. DAREMBERG (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 719, 1891).

II. — Ueber die Bakterienfeindliche Substanz des Blutes (De la substance antibactérienne du sang), par OGATA (*Centralbl. f. Bakt.*, 18-19, *p.* 597).

I. — Le sérum de quelques animaux a un pouvoir destructeur pour divers microbes (Buchner). Le sérum des animaux vaccinés contre la diphtérie et le tétanos détruit les poisons tétanique et dipthéritique (Behring et Kitasato). Ce pouvoir microbicide, l'auteur le compare au pouvoir globulicide signalé par Creite, Landois, Panum.

Le sérum d'un animal ne détruit pas les hématies d'un animal de même espèce. Les deux pouvoirs sont abolis par le chauffage à 50-60°. Le sérum du lapin adulte et bien portant est peu globulicide. — Le pouvoir globulicide disparaît au bout d'une dizaine de jours. Il est supprimé par certaines essences (ail); il ne l'est point par l'éther, certains alcools, le xylol, etc. Si l'on injecte à un animal les globules du sang d'un animal d'une autre espèce, ceux-ci sont aussi rapidement détruits dans son sang circulant qu'*in vitro* dans son sérum. DASTRE.

II. — Il existe dans le sang des animaux réfractaires au charbon et à la septicémie des souris une substance ayant les propriétés d'un ferment et qui est la cause de cette immunité. Cette substance est soluble dans l'eau et la glycérine, insoluble dans l'alcool et l'éther qui ne la détruisent pas. Elle n'est pas altérée par les alcalis faibles ; mais elle ne résiste pas à de petites quantités d'acide phénique et d'HCl. Les sucs digestifs, la chaleur à 45° C, la rendent inactive. Elle peut se conserver dans la glycérine. Elle est sans action sur la fibrine, la peptone, l'empois d'amidon et le sucre. L'auteur donne son mode de préparation.

C. LUZET.

Sur l'action bactéricide du sang de lapin, par R. JEMMA (*Rivista clinica e terapeutica*, *n°* 9, *p.* 483, 1891).

Le sang défibriné de lapin exerce une légère action bactéricide sur le bacille du charbon (à part quelques cas exceptionnels, où celui-ci parvient, au contraire, à se développer).

Le sérum sanguin du lapin est doué d'une action stérilisante très intense sur le bacille du charbon et celui de la fièvre typhoïde ; six heures de séjour dans ce sérum suffisent pour déterminer la stérilisation absolue des micro-organismes. G. LYON.

Recherches expérimentales sur les leucocytes du sang, par E. MAUREL (1 *vol. en 4 fasc.*, *Paris*, 1890-1892).

1° Maurel admet l'existence de trois types de leucocytes eux-mêmes subdivisibles en formes. En voici l'énumération : 1er type, forme A, pâle et immobile ; 2e type, forme B, pâle avec déformation sur place ; C, se déplaçant et sans granulation ; D, se déplaçant et finement granuleux ; E, se déplaçant et ayant des corps roses ; F, peu mobile et très granuleux ; 3e type ou dégénératif : forme G, très granuleux, immobile, étalé, déformé ; H, mouvement brownien ; en voie de désagrégation.

Les leucocytes humains ont encore des déformations amiboïdes à

25°, qui cessent à 16° sans que la vie de la cellule soit atteinte ; si on abaisse la température à 14°, l'élévation consécutive ne peut plus y rappeler la vie. Pour les températures entre 25 et 16° la prolongation ne saurait être sans influence nuisible. Dans l'ordre inverse, l'activité amiboïde se manifeste de plus en plus forte de 25 à 39° et surtout entre 39° et 43°. Au-dessus de 44 sa vitalité est rapidement menacée. Il est tué rapidement à 46° et presque instantanément à 47°. Ces faits peuvent être généralisés par toute l'espèce humaine quels que soient l'âge, le sexe, l'état de jeûne ou de digestion. L'auteur réserve l'état de maladie.

2° Chez tous les animaux, si on soumet les leucocytes à des températures progressives allant de 30 à 52°, on voit se succéder constamment les phénomènes de la façon suivante. D'abord les mouvements (déformations, projections sarcodiques, coulements, flottements) se feront d'une façon de plus en plus active ; puis, un certain degré dépassé, l'activité ira rapidement en diminuant ; les mouvements de déplacement seront remplacés par des déformations sur place, et enfin le leucocyte deviendra immobile en prenant une forme arrondie ; il ne persistera plus que des mouvements intestins et finalement tout mouvement et toute vie seront abolis.

3° En élevant ou abaissant la température centrale d'un animal on peut tuer ses leucocytes par la chaleur ou par le froid. Dans ces conditions que devient cet animal ? L'animal, dit Maurel, ne peut survivre à la mort de ses leucocytes ; les phénomènes cliniques qu'il présente se modifient parallèlement aux déformations de ces leucocytes. Le coma correspond au ralentissement de leurs mouvements amiboïdes, la mort survient en même temps pour l'animal et pour ses leucocytes. Il admet donc que le coma et la mort sont la conséquence de l'immobilité et de la mort des leucocytes. Il admet encore que la mort des leucocytes dans une partie de l'animal peut entraîner la mort de cette partie (un membre par exemple). Les autres agents capables de tuer les leucocytes (électricité, toxiques) doivent aussi entraîner la mort de l'animal.

4° Dans ce dernier travail, Maurel pousse plus loin l'analyse : Nos leucocytes, dit-il, ne sauraient être soumis à des températures de 45 à 43° sans être rapidement frappés de mort et même celles de 43-42° longtemps prolongées ont le même effet nocif. Or, on peut admettre que dans le sang ces températures existent quand le thermomètre marque 42-41° dans l'aisselle. Leur évolution, est au contraire activée entre 41 et 39°, comme dans les températures les plus favorables à l'action « bactériophage » du leucocyte. Par contre, les températures de 31-29° retardent l'évolution leucocytique. Ces mêmes températures qui, prolongées, tuent les leucocytes humains, ont le même danger pour l'organisme comme l'avait depuis longtemps montré l'observation clinique. C. LUZET.

Un' esperienza negativa sull' immunità per la tuberculosa, par P. FOÀ (*Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino*, p. 134, *mars* 1891).

Un cobaye qui avait reçu en 6 fois 30 centimètres cubes de sang de poulet, et auquel on avait inséré sous la peau, 3 jours après la dernière injection, un nodule tuberculeux de la rate d'un cobaye présentait au bout de 3 semaines de nombreux nodules tuberculeux récents. Cette expérience prouve que le sang d'un animal à peu près absolument

réfractaire à la tuberculose humaine, comme l'est le poulet, ne suffit pas à préserver de la tuberculose un animal qui possède une réceptivité à peu près absolue vis-à-vis de cette maladie, comme le cobaye.

GEORGES THIBIERGE.

uberculinreaction durch Proteine nicht specifischer Bakterien, par BUCHNER (*Münch. med. Woch.*, 49, *p.* 841, 1891).

Koch a montré que l'action de la lymphe n'était pas due à des toxalbumines, mais à des dérivés des albumines du bacille. Rœmer, de son côté, avait prouvé que des extraits de bacille pyocyaneus donnent chez le cobaye tuberculeux les mêmes réactions que la tuberculine. En se servant d'extrait de pneumo-bacille Friedländer et de m. prodigiosus, Buchner a pu constater que ces protéines provoquent dans les leucocytes une rigoureuse chimiotaxie; que chez le chien elles donnent une fièvre passagère avec apathie et somnolence; que chez l'homme sain elles produisent de la rougeur locale avec gonflement, fièvre et douleur et qu'enfin chez le cobaye tuberculeux, elles donnent exactement la même action que celle que Koch a regardée comme spécifique de la tuberculine. Les lésions étaient, d'ailleurs absolument semblables. Il ne faut donc pas, comme Koch, se limiter dans ces recherches à un cas particulier, mais élargir considérablement la question. C. LUZET.

Sur une pseudo-tuberculose expérimentale du lapin, produite par un bacille trouvé chez un phtisique, par E. LEGRAIN (*Bull. méd.*, 8 *novembre* 1891 *et Ann. Inst. Pasteur,* 11, 1891).

Legrain a trouvé dans les crachats d'un phtisique, avec le bacille de Koch, un nombre considérable de bacilles courts, qu'il put cultiver sur différents milieux. Ce bacille, inoculé à des souris, détermine une septicémie rapidement mortelle ; à des lapins, il détermine une affection chronique caractérisée par le développement de tubercules plus ou moins volumineux présentant une coque indurée et un contenu qui ne tarde pas à subir la transformation caséeuse.

Legrain rapproche cette pseudo-tuberculose de la maladie décrite par Du Cazal et Vaillard (*R. S. M.*, XXXVIII, 499). A. C.

De la vaccination contre la tuberculose aviaire ou humaine avec les produits solubles du bacille tuberculeux aviaire, par J. COURMONT et L. DOR (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 6).

Le bacille tuberculeux aviaire atténué ou virulent, cultivé en milieux liquides peu nutritifs, fabrique des substances vaccinantes qu'on peut isoler par la filtration sur porcelaine. Ces substances agissent contre le bacille aviaire d'une façon évidente : elles ont paru efficaces contre le bacille humain dans quelques cas.

Le vaccin n'est pas toxique s'il provient d'une culture très atténuée; il l'est notablement si la culture mère était virulente.

Les lapins vaccinés (sang, péritoine, tissu conjonctif) ont tous éprouvé un effet bienfaisant; les uns ont acquis une immunité absolue, les autres sont morts très lentement avec une forme chronique (éruption tuberculeuse), enfin quelques-uns ont eu l'infection aiguë (type Yersin)

mais moins rapide. Les lapins éprouvés avec de la tuberculose humaine six mois et demi après la vaccination ont tous survécu sans lésion.

Les cobayes vaccinés par la voie sanguine ont seuls acquis l'immunité contre le bacille aviaire ; aucun n'a pu résister à l'inoculation de tuberculose humaine. GIRODE.

. — Recherches expérimentales sur la tuberculose. La tuberculose humaine ; sa distinction de la tuberculose des oiseaux, par J. STRAUS et N. GAMALEIA (*Arch. de méd. expér.*, *III*, 4).

I. — Contribution à l'étude du poison tuberculeux, par J. STRAUS et N. GAMALEIA (*Ibidem*, *III*, 6).

I. — Le bacille de la tuberculose humaine et le bacille de la tuberculose aviaire, quoique semblables pour la forme et la réaction à l'égard des matières colorantes, sont néanmoins deux espèces différentes.

Le bacille humain donne sur milieux solides des cultures sèches, ternes, dures, écailleuses ou verruqueuses ; le bacille aviaire donne des cultures humides grasses, plissées et molles. Le premier ne pousse pas à 43°, le deuxième vite et bien.

Les effets pathogènes sont différents. Le chien est très résistant à la tuberculose aviaire; il prend aisément la tuberculose humaine. C'est absolument l'inverse pour les poules, chez les animaux (lapins, cobayes) offrant de la réceptivité pour les deux bacilles; l'inoculation du bacille humain provoque constamment l'apparition de tubercules dans le poumon, la rate, le foie ; au contraire, le bacille aviaire tue sans lésion apparente dans les organes internes.

L'emploi des milieux glycérinés ne modifie pas les propriétés pathogènes des deux bacilles. Les cultures sur gélose glycérine, utilisées depuis plusieurs années dans beaucoup de laboratoires, sont des cultures de tuberculose aviaire. Il en résulte que beaucoup de recherches, faites à l'aide de ces cultures et visant la tuberculose humaine, doivent être soumises à un nouvel examen.

II. — Les liquides de culture du bacille tuberculeux, en dehors de leurs effets spéciaux sur les animaux déjà tuberculisés (réaction de Koch), ne contiennent pas de toxine pouvant produire les symptômes ou les lésions propres à la tuberculose.

Les bacilles tuberculeux morts, introduits dans l'organisme animal, s'y retrouvent avec leur aspect et leur réaction colorante spécifique pendant un long temps. Ils ont gardé, même après leur mort, une grande partie de leurs propriétés pathogènes ; leurs cadavres peuvent déterminer, non seulement des lésions analogues à celles qu'engendrent les bacilles vivants, mais encore une action toxique générale mortelle ou une susceptibilité extrême à l'égard d'une nouvelle introduction de bacilles tuberculeux. La toxine tuberculeuse se retrouve dans le corps même du bacille, mais non dans le milieu de culture; si on découvrait un jour le moyen de tuer le bacille tuberculeux, qui a envahi l'économie, la guérison du malade n'en serait pas encore assurée, puisque les bacilles morts peuvent encore exercer une action délétère très énergique. La différence fondamentale entre les effets des bacilles morts et ceux des bacilles vivants consiste en ce que les premiers ne provoquent

de lésions qu'à l'endroit de l'inoculation, lésions qui ne se généralisent pas. GIRODE.

Ueber die Widerstandfahigkeit des pneumonischen Virus in den Auswürfen (De la résistance du virus pneumonique dans les crachats), par BORDONI-UFFREDUZZI (*Centralbl. f. Bakt. X*, 10, *p.* 305, 1891).

L'auteur, conservant des crachats pneumoniques secs exposés à la lumière diffuse, a constaté que leur virulence a persisté dans un cas pendant 25 jours, dans l'autre 60 jours. La lumière directe du soleil ne paraît pas les atténuer plus rapidement. Ces expériences confirment celles de Guarnieri, qui avait noté que la virulence se conserve bien plus longtemps pour le diplocoque conservé dans le sang rapidement desséché que dans celui soumis à une dessiccation lente. Il faut donc, au point de vue hygiénique soumettre à une désinfection exacte les objets souillés par les crachats des pneumoniques, parce que c'est justement dans les conditions ordinaires que leur virulence se conserve le plus longtemps. C. LUZET.

Le microbe de la grippe, par TEISSIER, G. ROUX et PITTION (*Soc. des sc. méd., Lyon*, 10 *juin, et Province méd.*, 13 *juin* 1891).

Ces auteurs ont examiné le sang et l'urine des malades atteints de grippe et ont trouvé, dans le premier liquide un streptocoque, dans l'urine un diplobacille encapsulé. Les lapins inoculés avec ce diplobacille ont été malades et on a pu retrouver dans le sang le même streptocoque et dans les urines le même diplobacille.

S'agissait-il d'un seul et même microbe susceptible de transformation suivant le milieu ? Les auteurs ont pu démontrer la vérité de cette supposition en obtenant par culture du streptocoque un bacille fort analogue au diplobacille et réciproquement. Ensemencé à 38°, le diplobacille a fourni le streptocoque, et celui-ci, cultivé sur l'agar peptone, à 38°, s'est transformé en staphylocoque. Ce dernier, ensemencé sur gélatine et maintenu à 20°, a donné de petites colonies héliantiformes analogues d'aspect à celles obtenues avec le diplobacille des urines.

A. CARTAZ.

Sur le microbe de l'influenza, par CORNIL et CHANTEMESSE (*Bull. acad. de méd.*, 9 *février* 1892).

Dans cette note, Cornil et Chantemesse, rappellent que le microbe de l'influenza, décrit par Pfeiffer, ressemble à celui antérieurement signalé par Babès et appelé bacille transparent (bacille très petit, ayant la forme de diplocoque), et relatent les résultats qu'ils ont obtenus par des inoculations du sang de sujets atteints d'influenza.

Ces inoculations faites sur des lapins et sur un singe, ainsi que les cultures, viennent à l'appui de ce fait déjà énoncé que l'influenza est une maladie infectieuse, causée par une bactérie spéciale par sa forme, son mode de coloration et sa culture. Toutefois, il est impossible de l'affirmer d'une façon absolue, des cultures en séries n'ayant pu être obtenues. OZENNE.

I. — Ueber die Erreger der Influenza, par PFEIFFER (*Deutsche med. Woch., n° 2, p. 28, 1892*).

II. — Ueber den Influenzabacillus und sein Culturverfahren, par KITASATO (*Ibidem*).

III. — Ueber einen Mikroorganismus im Blute von Influenzakranken, par P. CANON (*Ibidem et Soc. de méd. int. de Berlin, 18 janvier 1892*).

IV. — Ueber Züchtung des Influenzabacillus aus dem Blute der Influenzakranken, par CANON (*Deutsche med. Woch., n° 3, p. 48, 1892*).

I. — Pfeiffer a trouvé, dans tous les cas d'influenza qu'il a analysés, un bacille spécifique contenu dans les sécrétions purulentes des bronches. C'est un bâtonnet épais comme le bacille de la septicémie de la souris, mais deux fois moins long ; on trouve souvent trois ou quatre bâtonnets disposés en chaînette. Il se colore facilement par la solution de Ziehl et le bleu de méthylène chauffé de Löffler. Les extrémités devenant particulièrement foncées en couleur, on obtient des images qui pourraient se confondre avec les diplococci et les streptococci.

Ce bacille se cultive à l'état de pureté. Sur l'agar sucré à 1 1/2 °/₀, les colonies apparaissent sous forme de gouttelettes transparentes, visibles seulement à la loupe. L'auteur n'a pas obtenu de seconde génération.

L'inoculation aux cobayes, rats, pigeons et souris a échoué ; elle a réussi chez le singe et le lapin.

Le bacille existe isolément dans les crachats des sujets atteints d'influenza non compliquée ; on le trouve souvent dans le protoplasma des globules de pus. S'il y a une maladie concomitante, il coexiste avec d'autres microorganismes. Ce bacille peut émigrer dans les tissus péribronchiques et même parvenir à la surface de la plèvre ; l'auteur en a trouvé des cultures pures dans deux épanchements purulents de la plèvre.

Le bacille disparaît des crachats au moment où cesse l'expectoration purulente. On ne le trouve ni dans le catarrhe bronchique simple, ni dans la pneumonie, ni chez les phtisiques.

II. — Si le bacille spécifique a échappé jusqu'à présent, c'est que les cultures pures de tous les micro-organismes contenus dans les crachats sont difficiles à obtenir. Kitasato a mis à profit un artifice indiqué par Koch et encore tenu secret, lequel a déjà permis d'obtenir des cultures pures de bacilles tuberculeux provenant des crachats.

Dans la glycérine-agar, les cultures pures de bacilles de l'influenza se présentent sous forme de gouttelettes claires comme l'eau de roche, visibles à la loupe, si difficiles à distinguer dans les tubes qu'on comprend pourquoi elles ont été précédemment méconnues.

Si l'on prend une parcelle de ces colonies pour faire une nouvelle culture dans l'agar, on voit se développer à la surface humide de l'agar de petites colonies qui restent parfaitement isolées, distinctes les unes des autres au lieu de se confondre comme le font les autres colonies connues ; c'est là le caractère pathognomonique des colonies du bacille de l'influenza.

L'auteur a obtenu dix générations successives.

Les cultures se font difficilement dans le bouillon et échouent complètement sur la gélatine.

III. — Dans le sang de vingt malades atteints d'influenza, Canon a trouvé presque constamment un bacille qu'il considère comme spécifique et que Koch déclare analogue au bacille trouvé par Pfeiffer.

La goutte de sang empruntée au doigt est placée pendant 5 minutes dans l'alcool absolu puis plongée dans la solution de bleu de méthylène éosiné de Crenzynke. La lamelle est maintenue pendant trois à six heures à une température de 37°, puis lavée à l'eau et montée dans le baume de Canada.

Le bacille est coloré en bleu ; il a l'aspect d'un bâtonnet ou d'un diplococcus. Il a constitué des amas considérables dans six cas où le sang avait été recueilli pendant une phase d'apyrexie ou après la défervescence.

L'auteur a pu établir, par l'examen du sang, le diagnostic d'influenza dans certains faits douteux au point de vue clinique ; on doit trouver le bacille, en effet, dans le sang de tous les malades affectés de grippe. Il pénètre secondairement dans les bronches d'où il est rejeté avec les crachats. L'auteur l'a constaté aussi dans l'urine ; il l'a vu dans la cornée d'un sujet atteint de kératite grippale.

IV. — Canon a réussi à cultiver les bacilles provenant du sang de 6 sujets atteints d'influenza. Les difficultés proviennent de la rareté des bacilles dans le sang et des faibles dimensions des colonies qu'il faut rechercher au début à l'aide du microscope.

Il nettoie la pulpe du doigt avec le sublimé, l'alcool et l'éther, et la pique avec une aiguille stérilisée ; il recueille dix ou douze gouttes de sang dans une capsule de Petri qu'il maintient à la température de 37°. Au bout de 24 heures, les colonies se dessinent ; elles deviennent nettes au bout de 48 heures et ressemblent absolument à celles qu'a décrites Pfeiffer. Les cultures pures obtenues à l'aide de ces colonies ont l'aspect de celles qu'a fait connaître Kitasato. L. GALLIARD.

I. — Untersuchungen über die Milzbrandinfection bei Fröschen und Kröten (Recherches sur l'infection charbonneuse chez les grenouilles et les crapauds), par FISCHEL (*Fortschritte der Medicin*, n° 2, 1891).

II. — Die Ursachen der natürlichen Immunität gegen Milzbrand (Les causes de l'immunité naturelle pour le charbon), par SANARELLI (*Centralbl. f. Bakt. IX*, 14, 15 *et* 16, *p.* 467, 497 *et* 532).

III. — Zur Frage über Immunität gegen Milzbrand, par SAWTSCHENKO (*Ibid., IX*, 14, 15 *et* 16, *p.* 473, 493 *et* 528).

IV. — Untersuchungen über die Wirkungen... (Recherches sur l'action du charbon inoculé dans les centres nerveux), par MARTINOTTI et TEDESCHI (*Ibid., X*, 17, 18 *et* 19, *p.* 545, 593 *et* 635, 1891).

V. — Ueber Heilung des Milzbrandes... (De la guérison du charbon par les toxines de putréfaction chez les animaux), par KOSTJURIN et KRAINSKY (*Ibid. X*, 17 *et* 18, *p.* 553 *et* 599).

I. — Si l'on inocule des bacilles charbonneux dans le sac lymphatique dorsal de grenouilles rainettes ou de crapauds préalablement chauffés ou simplement maintenus à la température de la chambre, on constate que indépendamment de leur pénétration dans les leucocytes, les bacilles

subissent des modifications destructives et de virulence. Plus l'animal a été chauffé, plus ces modifications sont lentes à se faire. Les leucocytes se détruisent et ne peuvent servir à transporter les germes infectieux dans les organes éloignés que tout de suite après l'inoculation. L'immunité ou la réceptivité de ces animaux à l'égard du charbon dépendent de la persistance ou de la suppression des échanges osmotiques entre les leucocytes et la partie liquide de la lymphe à la suite de l'inoculation.

LEFLAIVE.

II. — La lymphe de grenouille ne contenant ni germes, ni leucocytes (l'auteur donne un procédé pour l'obtenir ainsi), atténue les virus charbonneux; en trois ou quatre jours cette atténuation est manifeste pour les spores ou les bactéridies sporulées. La perte de virulence n'est pas l'équivalent de la mort des spores et bacilles, qui tous deux réensemencés donnent un charbon virulent, en sorte qu'il ne se fait pas là un véritable vaccin. A 37°, ces végétaux poussent dans la lymphe normale. La chaleur fait perdre à la lymphe sa propriété atténuatrice, car les bactéries charbonneuses y poussent alors à 27°. Le froid n'a aucune influence sur la propriété de la lymphe. L'atténuation se propage sur les bactéries formées dans la lymphe à 37°; mais, réimplantées sur gélatine, elles reprennent leur virulence. Indépendamment de toute action leucocytaire, la lymphe produit sur la bactéridie une action dégénérative.

III. — Il n'existe pas d'immunité complète pour le charbon; l'accoutumance progressive des bactéries à se développer dans un nouveau milieu leur fait acquérir une virulence telle qu'elles peuvent tuer un animal ordinairement réfractaire. Bien que chez quelques animaux (pigeon, rat) beaucoup de bactéries périssent indépendamment de la phagocytose, c'est à ce processus qu'il faut attribuer la plus grande partie de la guérison. Un virus ainsi exalté peut tuer un animal réfractaire sans réaction locale, par infection générale, bien qu'on y puisse constater des indices évidents de phagocytose. Il est probable que les bactéries produisent dans ce cas des substances chemotactiques pour les phagocytes; mais pas assez vite pour que ceux-ci aient le temps de les combattre.

IV. — Le développement du charbon dans le cerveau, que celui-ci soit vivant ou séparé du corps, donne naissance à une substance de toxicité peu considérable; mais qui, accumulée dans le corps, est susceptible d'aggraver la marche de l'infection charbonneuse, comme le prouvent les expériences d'inoculation de cerveau stérilisé avec inoculation de virus charbonneux. Cette substance charbonneuse a des propriétés toujours analogues à celles de la neurine. Elle diminue la puissance de résistance de l'organisme à tel point que les chiens peu susceptibles au charbon, sont très facilement infectés, si on leur injecte au préalable cette dilution de cerveau charbonneux, et présentent même dans ces conditions de la septicémie charbonneuse. Inoculé dans les centres nerveux, le charbon s'y multiplie d'une façon extraordinaire et produit une mycose interne de la substance nerveuse, des espaces lymphatiques et des ventricules.

V. — Si on injecte au lapin des toxines de putréfaction en même temps qu'on lui inocule le charbon, la maladie infectieuse peut ne pas se développer. Les animaux ont ainsi acquis l'immunité pour de nouvelles inoculations charbonneuses, mais il faut que les toxines aient été fraîchement

préparées. Cette injection de toxine doit, pour être active, se faire cinq à huit heures après l'infection quoiqu'elle ait pu agir après vingt-quatre heures. On obtient des résultats plus sûrs en renouvelant l'injection le troisième ou le quatrième jour. La première dose est de 1 décigramme, la seconde de 5 centigrammes. Le principe actif de l'extrait n'est pas dû à un seul microbe, mais à un mélange de plusieurs. Il serait à désirer que l'on reprît ces expériences pour le mouton, on obtiendrait ainsi un vaccin charbonneux moins cher et plus maniable. C. LUZET.

Nouvelles recherches sur la maladie charbonneuse, production expérimentale d'un charbon chronique, par C. PHISALIX (*Arch. de méd. expér.*, *III*, 2, *p.* 159).

Quand on réchauffe un virus charbonneux atténué (action du vide imparfait, addition de sang au bouillon de culture), ou quand on affaiblit un virus actif (séjour prolongé à l'étuve), on rencontre certains états qui correspondent au développement d'un charbon chronique. On peut aussi atténuer un virus mortel en le faisant passer par le ganglion d'un animal plus élevé ; en effet le ganglion voisin du point d'inoculation arrête, transforme et affaiblit les bacilles charbonneux. C'est l'action d'arrêt du ganglion qui imprime à la maladie une allure chronique. Quand les animaux finissent par succomber, leur mort est due à une intoxication produite par des poisons qui s'élaborent dans le ganglion ; les bacilles charbonneux n'envahissent pas l'organisme, on les retrouve rarement dans les organes, exceptionnellement dans la rate, jamais dans le sang. Mais il peut exister dans ces divers milieux, et en particulier dans le sang, des formes dégradées ou fragmentées, qui rendent ces milieux virulents pour l'animal, ou même reprennent une vigueur tardive amenant la mort des animaux expérimentés. Ces faits peuvent éclairer l'atténuation du virus charbonneux et l'action vaccinante. GIRODE.

Effets de l'inoculation du bacillus anthracis sur la cornée du lapin, par I. STRAUS (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 150, 1892).

L'inoculation du charbon dans la cornée du lapin provoque une kératite bactéridienne. Elle n'a pas donné d'autres accidents à Eberth (1872), v. Frisch, G. Franck (1888) et Lubarsch. L'auteur a obtenu outre la kératite, des accidents d'infection générale et la mort. La généralisation s'effectua au bout de 7 à 11 jours par propagation à la conjonctive oculaire et aux téguments de la face. DASTRE.

Ein Beitrag zur Frage der Immunität und der Heilung von Infectionskrankheiten (De l'immunité pour les maladies infectieuses et de leur guérison), par GABRITSCHEWSKY (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, 5, *p.* 151. 1891).

Ces recherches contredisent les faits admis par Jashuara et Ogata, que l'on peut conférer l'immunité à des animaux pour le charbon en leur injectant même de petites quantités de sérum d'animaux rendus artificiellement réfractaires à cette infection. Cherchant à reproduire comme Arloing l'immunité pour le charbon en injectant une culture virulente très diluée, en quantités de plus en plus grandes, il en arrive ainsi à des résultats négatifs, mais avoue que ses expériences ne sont pas encore assez nombreuses. C. LUZET.

Ueber Bacillen der Hämorrhagischen Infection des Menschen, par BABES (*Centralbl. f. Bakt., IX,* 12 *et* 23, *p.* 719 *à* 752).

L'auteur compare les résultats des recherches faites sur divers cas de purpura par lui, par Kolb et par Tizzoni et Giovannini et admet que les différences constatées ne peuvent permettre d'en faire trois espèces. Bien plus, il croit devoir réunir ce microbe avec celui de la septicémie hémorragique des chevaux. Des différences de virulence expliquent aisément comment la bactérie provoquera chez l'homme des hémorragies et une septicémie au minimum, chez les chevaux une septicémie au maximum.

C. LUZET.

Recherches bactériologiques sur la bile humaine, par A. LÉTIENNE (*Arch. de méd. exp., III,* 6).

La bile est stérile à l'état normal. Mais dans des états pathologiques très divers, et en l'absence de localisation morbide hépatique très déterminée, on peut trouver la bile vésiculaire peuplée de microbes d'espèces variées, dont les deux plus communes sont le staphylococcus albus et le B. coli commune. Ces microbes viennent tantôt de l'intestin tantôt du foie par les voies biliaires intra-hépatiques. Leur présence peut n'entraîner presque aucune modification appréciable des parois vésiculaires ; mais elle comporte communément une altération du liquide biliaire, qui devient brun, épais, perd son homogénéité, et semble pouvoir plus aisément dans ces conditions être le départ d'une précipitation de matériaux qui constituent les concrétions et calculs biliaires.

GIRODE.

Sur les causes de l'atténuation des moelles rabiques, par E. VIALA (*Ann. de l'Institut Pasteur, n°* 11, 1891).

La durée de la conservation du virus rabique, moelles humides, dans le vide et au froid dépasse cinq mois ; à 23° la virulence disparaît du 28ᵉ au 33ᵉ jour, à 35° du 20ᵉ au 22ᵉ jour. La présence d'acide carbonique ne paraît pas avoir d'action sur la conservation de la virulence, il en est sensiblement de même de celle de l'hydrogène. L'air agit au contraire d'une façon marquée et le virus y périt beaucoup plus vite que dans le vide et les gaz inertes.

Dans le vide sec et au froid les moelles rabiques ne conservent pas leur virulence au delà de 18 jours ; de 8 jours à 23° ; de 48 heures à 35°. L'oxygène de l'air a une grande influence pour diminuer la durée de la conservation du virus dans les moelles rabiques de passage, même lorsque la dessiccation n'intervient pas.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de la microbiose malarique, par DANILEWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 12, 1891).

Dans ce mémoire, Danilewsky démontre que les oiseaux souffrent comme l'homme, non seulement d'un paludisme chronique, mais encore d'une affection malarique aiguë semblable à la fièvre intermittente de l'homme. L'opinion unitaire qui voit dans toutes les formes du microbe malarique un seul et même microorganisme est la plus séduisante ; l'apparente fixité des formes, ainsi que leur différenciation dans l'organisme malade n'excluent nullement la possibilité d'une origine commune, d'un

seul et même microbe générateur existant librement en dehors de l'organisme. Et alors il faudrait faire entrer dans le cadre de la malaria la microbiose du sang des grenouilles, des lézards, des reptiles. Voici la classification proposée par Danilewsky :

Cytozoon malariæ α hominis β avium	cytozoon præcox seu cytosporon	*a* Hæmamœba-cytamœba *b* cytosporon avium
	Polymitus	
	Laverania	Hemogregarina avium Laverania hominis

Les oiseaux sont sujets à trois formes d'un paludisme : 1° l'infection aiguë avec hyperthermie et symptômes d'une maladie grave. Le microbisme du sang est dû dans cette forme à la présence du cytosporozoaire (ainsi nommé à cause de sa propriété fondamentale de donner des spores), tout à fait analogue à la cytamibe de la fièvre typhique chez l'homme, néanmoins Danilewsky n'a pu saisir le stade mobile amœboïde ; 2° l'infection chronique sans état fébricitant manifeste. La microbiose consiste en une atteinte des hématies par les Polymitus et les Laverania (parallèlisme complet avec l'homme) ; 3° l'infection mixte caractérisée par la microbiose des deux premières formes. On observe les mêmes phénomènes chez l'homme. PAUL TISSIER.

I. — Malariaparasiten in den Vögel (oiseaux), par GRASSI et FELETTI (*Centralbl. f. Bakt. IX*, 12, 13 *et* 14, *p.* 403, 429 *et* 461).

II. — Ueber einige Farbungsmethoden der Malariaparasiten, par GRASSI et FELETTI (*Ibid., X*, 16, *p.* 519, 1891).

III. — Étude sur les parasites du sang chez les paludiques, par NEPVEU (*Mémoires de la Société de biologie, p.* 39, 27 *mars* 1891).

I. — De leurs études sur le sang des oiseaux, les auteurs concluent qu'il existe deux genres de parasites de la malaria : l'un hœmamœba correspondant aux corps arrondis de Laveran, l'autre laverania, correspondant aux croissants du même auteur. Dans le genre hœmamœba on doit distinguer : l'hœmamœba precox causant au début des accès quotidiens qui vont en se rapprochant, l'hœmamœba viax cause de la fièvre tierce, simple ou double, l'hœmamœba malaria cause de la quarte simple, doublée ou triplée. Le genre laverania cause des fièvres irrégulières pouvant prendre pour quelques jours le caractère continu, subcontinu, quotidien ou tierce.

II. — Les parasites malariques montrent souvent sans aucune préparation un noyau avec un nucléole ; celui-ci peut être coloré aisément par le carmin, l'hématoxyline. Mais pour bien mettre en évidence le noyau il faut traiter de la façon suivante les lamelles du sang. Une fois sèches on les plonge dans un mélange d'alcool absolu et d'éther, additionné de quelques gouttes d'acide acétique, puis on colore par l'hématoxyline. En faisant agir l'eau sur le sang malarique on tue les parasites et on fait apparaître le nucléole, qui peut être ainsi coloré par la fuschine et le bleu de méthylène, le noyau restant incolore. O. LUZET.

III. — La multiplicité des espèces parasitaires chez les paludiques est un grand obstacle à leur étude. Ces parasites peuvent se ranger en deux groupes : 1° les algues inférieures et les schizomycètes : bactériens en

biscuit, bacilles, streptocoques, bactériens flotteurs, spirilles, bactéries caréniformes.

2° Sporozoaires et coccidien : corps vésiculeux, corps falciformes, amibes, amiboïdes, corps semi-lunaires, corps flagellés.

Les associations plus ou moins complexes de parasites divers et aussi le passage de ces parasites à des phases ultérieures de développement semblent expliquer les formes variées du paludisme. Le corps en rosace de Golgi dans les fièvres tierces n'a pas été aperçu par l'auteur. DASTRE.

I. — Sulla maniera di comportarsi del virus tetanico nelle acque, par R. SCHWARTZ (*Archivio per le scienze mediche, XV et Hygienische Rundschau, I*, 551, 15 *juillet* 1891).

II. — Sulla diffusione delle spore del tet ano per mezzo dell' aria, par R. SCHWARZ (*Ibidem,*).

III. — Sulla resistenza alla putrefazione del virus tetanico, par BOMBICCI (*Ibidem, p.* 553).

IV. — Ueber die Eigenschaften des Tetanus-Antitoxin et fernere Untersuchungen über das T.-A (Des propriétés de l'antitoxine du tétanos), par TIZZONI et CATTANI (*Centralbl. f. Bakt., IX*, 21, *p.* 685, *et X*, 2 *et* 3, *p.* 33).

I. — Schwarz a mélangé un quart de centimètre cube de cultures sporogènes virulentes des bacilles tétaniques avec des eaux, stérilisées ou non, de nature diverse ; puis il les maintenait, plusieurs mois durant, à la température ordinaire, en ayant soin d'en éprouver, de temps à autre, la virulence au moyen d'inoculations à des lapins.

Dans les eaux stérilisées, de quelque nature que ce soit, la virulence s'est maintenue sans modification, pendant 150 à 190 jours.

Dans les eaux douces non stérilisées, tout d'abord la virulence s'affaiblissait jusqu'à disparaître entièrement dans les mois d'hiver où la température ambiante oscillait entre 8 et 15° centigrades; puis, avec la saison chaude, elle reprenait son énergie première.

Dans l'eau de mer seulement, la virulence diminuait rapidement jusqu'à disparition complète, et sans reprendre son intensité primitive au retour des chaleurs.

La virulence tétanique est affaiblie quand les bactéries aquatiques sont très nombreuses et vice versa, celles-ci diminuent dans la période où le virus tétanique récupère son énergie.

II. — Schwarz a répandu, sur le plancher d'une petite chambre close, des poussières contenant des bacilles tétaniques virulents, puis il a procédé à plusieurs balayages soulevant chaque fois ces poussières. Sur les plaques de gélatine, disposées pour recevoir ces poussières, à une hauteur de cinquante centimètres à un mètre soixante-cinq au-dessus du sol, il s'est effectué un développement des bacilles du tétanos, et deux lapins, placés au même niveau et privés partiellement de leur peau, ont été pris du tétanos.

III. — Bombicci a fixé, dans les reins et le foie de lapins, des bandelettes de soie imprégnées de cultures de bacilles tétaniques et il les laissait pourrir sous l'eau ; il a pu y déceler les bacilles, à l'aide de cultures, jusqu'au 73e jour. Quand il les laissait se putréfier à l'air, au bout de 221 jours il existait encore des bacilles vivants et parfaitement virulents.

Lorsque les organes infectés étaient enterrés, les bacilles tétaniques restaient plus longtemps en vie, si la température était élevée (82 jours) que si elle était basse (51 jours).

Deux souris blanches infectées par inoculation de bacilles tétaniques, succombèrent et furent enterrées. A l'exhumation des cadavres qui eut lieu pour l'un, le 43e, pour l'autre le 76e jour, les bacilles inoculés étaient encore vivants et virulents.

Dans une autre série d'expériences, Bombicci enfouit dans des pots pleins de terre, des viscères de lapins imprégnés de cultures de bacilles tétaniques. Quelques-uns de ces pots furent enterrés à la profondeur de 1 mètre, d'autres gardés à l'air en hiver, enfin les autres, placés dans une étuve à 22°, furent arrosés avec de l'eau. Dans les pots maintenus à la température de 22 degrés, les bacilles tétaniques se conservèrent intacts jusqu'à entière décomposition, tandis qu'ils disparurent plus tôt des pots exposés à une température plus basse. Alors même qu'il n'existait plus de bacilles dans le foyer de putréfaction, il en subsistait dans la terre environnante, dans celle située au-dessus et au-dessous. J. B.

IV. — Le sang des animaux doués d'immunité pour le tétanos est susceptible de rendre inactive la toxine de sa bactérie en dehors de l'organisme. Tizzoni et Cattani ont cherché à isoler la substance active. Ils obtinrent une toxine à concentration suffisante pour tuer un lapin en 36 heures avec 1/2 centimètre cube de liquide, et expérimentèrent cette toxine mélangée avec les substances dialysées : résultat négatif. Le sérum resté dans le dialyseur était encore actif. Celui-ci reste actif si on l'acidifie avec l'acide lactique ou l'HCl, par contre l'alcalinisation lui fait perdre ses propriétés antitoxiques. Le sulfate d'ammoniaque, en précipitant les albumines, précipite aussi l'antitoxine. Le sang mélangé à l'extrait de sangsue, qui rend inactif le ferment de la fibrine resta actif; donc l'antitoxine tétanique n'est pas identique au ferment de la fibrine.

Restait à déterminer si elle restait dans la sérine ou dans la globuline. Pour opérer cette séparation, les moyens chimiques ordinaires étaient insuffisants, car il fallait qu'elle fût complète, sauf le procédé de Hammarsten pour la précipitation de la globuline par le sulfate de magnésie. En effet, après filtration le liquide contenant la sérine se montra inactif, tandis que le précipité séparé de ses sels par dialyse et redissous par le carbonate de soude, conservait ses propriétés antitoxiques. C'est à l'alcalinisation du précipité, que les auteurs attribuent la conservation de l'action antitoxique de la globuline ou des substances précipitées en même temps que la globuline, et ils expliquent ainsi les résultats contradictoires de Buchner et de Hankin. L'antitoxine tétanique, comme la substance antiseptique du sang pour le bacillus anthracis, se comporte donc comme une globuline.

Des extraits aqueux des différents tissus d'animaux réfractaires ne contenaient pas l'antitoxine tétanique. Elle ne réside que dans le sang et spécialement dans le sérum.

L'antitoxine obtenue à l'état sec a pu conférer l'immunité tétanique à des rats, mais elle n'a pu guérir le tétanos déjà en voie d'évolution. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 82.) C. LUZET.

Recherches microbiologiques et expérimentales sur le tétanos, par SANCHEZ-TOLEDO et VEILLON (*Arch. de méd. expér.*, *II*, n° 6, *p.* 709).

Le tétanos est une maladie contagieuse, inoculable, causée par le bacille de Nicolaïer. Ce bacille est très répandu dans le sol, les poussières d'appartement, le foin, les excréments d'animaux domestiques. Il peut être obtenu en cultures pures, qui, inoculées aux animaux, leur donnent un tétanos typique.

Le bacille de Nicolaïer est rigoureusement anaérobie. Ses spores sont extrêmement résistantes; elles restent vivantes et virulentes malgré une exposition prolongée à l'air, à la lumière diffuse, à la chaleur, à la sécheresse, à la putréfaction, aux sucs digestifs, aux divers antiseptiques.

Chez les tétaniques, le bacille se trouve toujours dans la plaie; c'est là qu'il sécrète un poison violent qui, diffusé dans l'économie, tue le malade. Il peut envahir les tissus, à la période préagonique, et non d'une façon constante : sur le cadavre, il continue à se cultiver dans le sang et les viscères. Le tétanos est donc avant tout une maladie locale, au point de vue microbien. GIRODE.

Ueber den Nachweiss von Toxin... (Toxine dans le sang d'un tétanique), par F. NIESEN (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, *p.* 775, 1891).

Un voyageur de 38 ans, ayant eu les pieds gelés, est apporté à la clinique de Halle. Au bout de sept jours, trismus. On pratique une double amputation. Mort rapide.

On n'a pu rechercher le bacille du tétanos dans les sécrétions des plaies, mais on a eu la précaution de pratiquer peu de temps avant la mort une saignée au bras droit. Le sang recueilli est divisé en deux parts. La première portion sert à inoculer, dans 8 éprouvettes, l'agar liquide; dans aucune de ces éprouvettes on ne voit se développer de colonie, tandis que des cultures de bacilles tétaniques fournies par Kitasato se développent dans le même agar avec une grande vigueur. Le bacille du tétanos n'existe donc pas dans le sang de ce sujet.

La seconde portion du sang recueilli s'étant coagulée dans un verre, on injecte sous la peau de six souris des quantités de sérum qui varient de 0,3 à 1 centimètre cube. L'expérience est faite le premier ou le second jour. Ces souris succombent au bout de quelques heures, les membres postérieurs étant raidis dans l'extension ; ou bien elles meurent en un ou deux jours après avoir eu des contractions tétaniques. Donc le sérum contient une substance chimique susceptible de provoquer chez les souris le tétanos.

Kitasato a obtenu, de son côté, des résultats analogues. L. GALLIARD.

Toxalbuminen im menschlichen und thierischen Organismus (Toxalbumine chez l'homme et les animaux), par R. IMMERWAHR (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, *p.* 316, 1891).

Avec Kitasato et Niesen, l'auteur admet la présence de la toxalbumine du tétanos dans les tissus des tétaniques.

Deux lapins ayant été inoculés à l'aide d'une culture tétanique originale de Kitasato, on ne trouva dans leur sérum sanguin aucun poison,

tandis que la toxalbumine du tétanos existait dans le parenchyme hépatique, les reins, le cœur, le cerveau. La bouillie faite avec ces organes finement hachés fut filtrée, le produit de la filtration fut traité par l'alcool, filtré de nouveau, et inoculé avec succès aux souris.

D'autres expériences ont prouvé que le poison tétanique contenu dans l'organisme animal éprouvait de grandes variations au point de vue de la virulence. La prolongation de la maladie chez l'animal semble affaiblir ce poison.

La jambe d'un tétanique amputé ayant été remise à l'auteur 48 heures après l'opération, il disséqua avec soin les muscles, les hacha, les délaya dans l'eau, filtra et traita le liquide par le sulfate d'ammoniaque. Le précipité ayant été dissous, puis filtré de nouveau à trois reprises à l'aide des bougies de Chamberland, le liquide reconnu pur et privé de germes fut inoculé à 5 cobayes; tous les 5 furent emportés en 24 à 48 heures par le tétanos typique. L. GALLIARD.

Associations microbiennes dans la diphtérie, par BARBIER (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 3, *p.* 361).

Le bacille de Klebs-Lœffler est l'agent de la diphtérie ; et quand il reste seul en cause, la maladie prend une allure nette et assez uniforme. Mais il intervient souvent, surtout dans les angines, des streptocoques de plusieurs variétés, qui ajoutent leur influence plus ou moins nocive et constituent des formes infectieuses.

Dans les angines purement bacillaires, ou angines diphtéritiques toxiques, on note les caractères suivants : mal de gorge nul, membranes blanches et assez solides, muqueuse ni rouge ni gonflée, adénopathie nulle ou faible, croup fréquent, diphtérie bronchique à tubes concrets sans écoulement de pus, paralysie spéciale à la convalescence.

Dans les angines diphtéritiques streptococciques ou infectieuses les caractères sont différents : teint plombé, haleine fétide, jetage, membranes molles, adénopathies considérables, accidents à distance en rapport avec les localisations secondaires du streptocoque, symptômes généraux très développés, gravité beaucoup plus marquée. GIRODE.

De l'action des ferments solubles sur le poison diphtéritique, par N. GAMALEIA (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 153, 1892).

Le poison diphtéritique est rangé tantôt parmi les diastases, tantôt parmi les albumines. L'auteur a recherché si les différentes diastases peuvent modifier ou détruire le poison diphtéritique.

Les ferments diastasique, inversif, émulsif, pepsine, trypsine, étaient introduits dans des cultures du bacille diphtéritique. Les deux derniers seuls modifient la toxicité des cultures filtrées. Les cobayes inoculés ne meurent pas d'accidents aigus, mais d'une cachexie lente indiquant une atténuation. L'auteur conclut que le poison diphtéritique est une substance albuminoïde ; de plus, comme la digestion trypsique laisse encore subsister la substance qui amène la cachexie chez les animaux, il faut que celle-ci soit une *nucléine*. Le poison primitif est donc une *nucléo-albumine*. Les poisons microbiens, nucléo-albumines et nucléines sont décomposés dans le tube digestif : les nucléines ne s'ab-

sorbent point. La destruction du poison dans les corps des animaux réfractaires n'est pas analogue à la destruction par les ferments solubles, car celle-ci laisse subsister la nucléine toxique, qui est cachectisante.

DASTRE.

Zur Ætiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, par BONOME (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat. VIII*, 3, *p.* 377).

Dans 5 cas de méningite cérébro-spinale, l'auteur a réussi à colorer dans les liquides pathologiques et dans les tissus (méninges cérébro-spinales et poumons) un streptocoque parfaitement distinct du pneumocoque, du méningocoque de Weichselbaum, par sa forme, l'absence de septicémie sur la souris blanche, et la septicémie constante qu'il donne au lapin, où il forme des chaînettes encapsulées. Il diffère du streptocoque de l'érysipèle en ce qu'il ne donne pas les inflammations de la peau, ne pousse pas sur sérum sanguin, ni sur gélatine; la forme de ses colonies sur gélose est aussi fort différente. Il diffère encore du streptocoque pyogène malin, de celui de la terre de jardin, du streptocoque septico-pyoémique de Biondi, et enfin de celui que Weichselbaum a trouvé dans la méningite et qui se comporte comme celui de l'érysipèle. C. LUZET.

I. — Ueber Ausscheidung pathogener Mikroorganismen... (De l'élimination des micro-organismes pathogènes par la sueur), par Conrad BRUNNER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 21 *p.* 505, 25 *mai* 1891).

II. — Nachweis von Eiterkokken... (Présence des pyocoques dans la sueur d'un homme atteint d'infection purulente), par Ant. von EISELSBERG (*Ibidem*, *n°* 23 *p.* 553, 8 *juin* 1891).

I. — Chez un malade atteint d'infection purulente chronique, Brunner a constaté la présence du staphylocoque pyogène blanc, non seulement dans le sang, mais encore dans la sueur.

D'autre part, en faisant transpirer des animaux (cochons de lait, chats) à l'aide de la pilocarpine ou de l'électrisation du nerf sciatique, il a retrouvé dans leurs sueurs les staphylocoques dorés, bacilles charbonneux et micrococques prodigieux qu'il leur avait injectés dans les vaisseaux sanguins.

II. — Chez un homme atteint d'infection purulente, Eiselsberg a constaté également la présence du staphylocoque pyogène doré, à la fois dans le foyer morbide primitif (arthrite du genou), dans les foyers métastatiques, dans le sang et la sueur.

Eiselsberg conclut qu'il y a lieu de recourir à la médication diaphorétique dans la pyohémie et que le linge de corps des malades, qui n'a pas été désinfecté à une haute température, peut transmettre l'infection purulente.

Eiselsberg a pu extraire aussi les staphylocoques pyogènes doré et blanc, du lait d'une nourrice ayant un phlegmon de la main, et le staphylocoque pyogène doré du lait des deux seins d'une femme ayant une mammite droite.

J. B.

Recherches bactériologiques sur l'infection mixte par le bacille typhique et le streptocoque, par H. VINCENT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *novembre* 1891).

Sur 16 autopsies de typhoïdiques, cinq fois les cultures lui ont montré

l'association du bacille d'Eberth et du streptocoque. Vincent conseille, de préférence à la culture sur plaques de gélatine, de recourir à l'ensemencement direct du bouillon de bœuf peptonisé par une parcelle de rate, de foie, etc., et de le porter à l'étuve à 38°; au bout de 24 à 48 heures le streptocoque se trouve dans le dépôt au fond du tube de culture.

Tantôt l'infection mixte est secondaire; l'abcès, l'otite, l'angine, dus à la pullulation du streptocoque revêtent chez le typhoïdique une gravité exceptionnelle; — tantôt l'infection est d'emblée mixte; il n'y a ni lésion des téguments ni abcès, la pénétration se fait par les ulcérations intestinales; dans un cas les deux micro-organismes se trouvaient ensemble dans des abcès spléniques, dans l'épanchement méningitique, etc.; dans cette forme, au milieu d'un cortège de symptômes plus ou moins atypiques, il existe des signes caractéristiques de la dothiénentérie, et des lésions pathognomoniques. Vincent admet l'existence d'une troisième forme morbide qui par ses symptômes hybrides, ses troubles nerveux, participe de la fièvre typhoïde et de la septicémie chirurgicale; dans ces cas, l'autopsie peut rester muette, le tube digestif être intact; seul, l'examen bactériologique permet d'élucider le diagnostic. Il rapporte une observation où les signes cliniques, l'examen post mortem avaient fait porter le diagnostic de typhus exanthématique, que réforma l'examen bactériologique. Il y avait bacille d'Eberth et streptocoque dans la rate, le foie, le cerveau, le suc pulmonaire, et le streptocoque seul dans le sang. H. L.

Einiges über die Pathogenese der Dysenterie Amöben, par KARTULIS (*Centralbl. f. Bakt.*, *IX*, 11).

Kartulis a réussi à cultiver les amibes de la dysenterie dans du bouillon très dilué ou mieux encore dans du bouillon de paille (20 à 30 grammes pour 2 litres d'eau). Ensemencé avec quelques gouttes de mucus dysentérique et conservé à 30-38°, ce bouillon donne aisément des cultures. Un trop grand développement de bactéries gêne la culture des amibes. Les premiers jours, les amibes sont plus petites que celles qui ont été ensemencées; vers le quatrième ou cinquième jour, elles sont grandes et émettent des pseudopodes; vers le huitième ou onzième elles contiennent des spores. Pour obtenir les amibes pures, il faut les prendre dans un abcès dysentérique du foie. K. a pu reproduire la dysenterie chez des chats en leur injectant dans le rectum, soit des selles dysentériques, soit des cultures impures d'amibes, soit des amibes en culture pure. Les spores donnèrent des résultats négatifs. Reste à connaître l'habitat extérieur de ces animalcules. C. LUZET.

Recherches sur la fièvre récurrente, par SOUDAKEWITCH (*Annales de l'Institut Pasteur*, *V*, n° 9).

Depuis la découverte d'Obermaier, en 1873, on savait qu'il existe régulièrement des spirilles dans le sang pendant l'accès et que ces spirilles disparaissent complètement pendant l'apyrexie. Où passent-ils? Ponfick supposa théoriquement, en 1874, qu'ils se trouvaient dans les cellules de la pulpe splénique, ce qui ne fut démontré qu'en 1887, par Metschnikoff, sur les singes.

Soudakewitch injecta du sang de malades atteints de fièvre récur-

rente sous la peau de singes non dératés et dératés. Chez les non dératés, dès le troisième jour on trouve des spirilles en assez notable proportion dans le sang; ils augmentent rapidement avec la température, puis ils diminuent rapidement et disparaissent au moment de la crise.

Chez un singe sacrifié le deuxième jour de l'accès on ne trouva des spirilles que dans le sang, quelques-uns renfermés dans les leucocytes à noyaux lobés, y présentant des modifications régressives (pertes des ondulations, interruptions le long du fil, granulations) ; chez le second singe, sacrifié le troisième jour, au moment où la température avait déjà baissé de 41° à 37°,8, le sang ne contenait pas de spirilles : ils étaient englobés dans les microphages de la rate ; chez le troisième singe il n'en existait nulle part dix heures après la crise : ils étaient détruits complètement. Soudakewitch colore les spirilles par la méthode de Kuhne modifiée, ou se sert de bleu de méthylène phéniqué.

Il fit deux expériences chez les singes dératés. Le premier fut inoculé vingt-quatre jours après l'opération ; l'incubation fut de même durée, mais la température resta basse et le singe finit par succomber, la température étant toujours restée basse, le huitième jour. A noter que les singes supportent très bien la maladie.

Le sang contenait une énorme quantité de spirilles (v. cave inférieure) autant que d'hématies. Partout il existait des spirilles libres, pas trace de phagocytose, ni dans le foie, ni dans les ganglions, ni dans la moelle des os, ni ailleurs, sauf dans une petite rate supplémentaire non extirpée, dont les microphages contenaient une quantité de spirilles. Cette petite rate présentait des lymphomes caractéristiques décrits depuis longtemps dans la fièvre récurrente, constitués par des leucocytes pressés les uns contre les autres, présentant des phénomènes de phagocytose.

Chez le second singe, inoculé vingt jours après l'opération, en état de guérison complète, l'incubation dura quatre jours, la fièvre atteignit 38° comme chiffre le plus élevé, et il mourut le neuvième jour avec 34°9. Le sang contenait une proportion colossale de spirilles ; pas trace de phagocytose dans aucun organe.

Ainsi, dans la fièvre récurrente la lutte avec les phagocytes s'accomplit exclusivement dans la rate ; et au moment où ils sont englobés, ils ne sont pas morts ou prêts à périr, puisqu'on en trouve de très vivants dans le sang.

Dans la rate d'un individu mort de fièvre récurrente, Soudakewitch a trouvé dans les leucocytes des nodules blanc jaunâtre, dits lymphomateux, des spirilles nettement visibles. PAUL TISSIER.

Ueber die frühzeitige Erkennung der Tuberculose und des Rotzes bei Thieren (Diagnostic précoce de la tuberculose et de la morve), per SCHNEIDEMÜHL (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, *p.* 1260, 1891).

Le diagnostic précoce de la tuberculose latente des animaux par les injections de tuberculine doit entrer dans la pratique courante, spécialement chez les nourrisseurs et les laitiers.

Pour ce qui concerne la morve, on connaît les résultats obtenus par Hellmann à l'aide de sa malléine. Ce corps détermine l'élévation de la température chez les animaux morveux seulement, et cela avant l'apparition des symptômes cliniques.

Preusse a préparé la malléine de la façon suivante : des cultures de bacilles morveux ont été arrosées d'un mélange d'eau et de glycérine et ont séjourné plusieurs jours dans le thermostat à 25°; on a obtenu ainsi un extrait qui, filtré et stérilisé, a fourni un liquide huileux opaque. On a mélangé une partie de ce corps avec 10 parties d'une solution phéniquée à 1/50 et injecté enfin un demi-centimètre cube de cette lymphe.

Les résultats de Preusse, puis ceux de Heyne, Schilling, Peters et Felisch, ont confirmé les données de Hellmann. L. GALLIARD.

Observation sur la morve (diagnostic, contagion, association bactérienne, etc.), par V. BABES (*Arch. de méd. expér., III*, 5).

Le bacille de la morve, malgré un ensemble de caractères généraux qu'on retrouve dans tous les cas, présente des variétés assez importantes dans sa morphologie, son affiinité pour les colorants, et l'inégalité de cette dernière suivant l'âge, les points considérés, enfin dans ses caractères de cultures. La fragilité de ce bacille sur divers milieux aurait paru moins grande que diverses espèces bactériennes associées. La culture a paru également très favorable sur une gélose au suc de pomme de terre. — La pénétration se fait sur une peau saine, et par l'appareil pilo-sébacé, où se cantonne d'abord la fructification; ce n'est que plus tard que les autres parties du derme et les couches sous-jacentes sont atteintes. En pinceautant la conjonctive et la muqueuse nasale, on a observé la septicémie morveuse, et des bacilles dans les poumons. — La virulence est variable, depuis l'abcès morveux local jusqu'à la septicémie morveuse rapide. La souris n'est pas absolument réfractaire. — Le cheval peut être atteint d'une affection voisine à bacille pseudo-morveux qui est peut-être une atténuation de la vraie morve. — Différents staphylocoques, streptocoques et bacilles peuvent ajouter leur action nocive à celle du bacille morveux, spécialement dans les abcès profonds et viscéraux.

Les cultures des bacilles morveux renferment des substances toxiques et vaccinantes, une entre autres, que ses analogies avec la tuberculine, permettent de désigner sous le nom de malléine. GIRODE.

I. — De la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Mercredi méd.*, 14 *octobre* 1891).

II. — Bacillus coli communis, bacille d'Eberth et fièvre typhoïde, par RODET et G. ROUX (*Gaz. des hôp.*, 23 *octobre* 1891).

III. — Biologie comparée du bacille d'Eberth et du bacillus coli, par H. DUBIEF (*C. R. Soc. de biol.*, *p.* 675, 1891).

IV. — Différenciations du bacille typhique et du bactérium coli, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Ibidem, p.* 747, 1891).

V. — Sur deux caractères différentiels entre le bacille d'Eberth et le bacillus coli, par R. WÜRTZ (*Ibidem*, *p.* 828, 1891).

VI. — Sur les rapports du bacterium coli avec le bacterium pyogenes des infections urinaires, par Ch. ACHARD et J. RENAULT (*Ibidem*, *p.* 830, 1891).

VII. — *Idem*, par STRAUS (*Ibidem*, *p.* 834).

VIII. — Sur une suppuration du rein, par RODET (*Ibidem*, *p.* 848).

IX. — Sur l'idendité.., par REBLAUB (*Ibidem, p.* 851).

X. — Sur la bactérie commune des infections urinaires, par CHARRIN (*Ibid.*).

XI. — Des paralysies produites par le bacille d'Escherich, par A. GILBERT et G. LION (*Ibidem, p.* 127, 1892).

XII. — Contribution à la virulence du bacterium coli, par LESAGE et MACAIGNE (*Ibidem, p.* 68, 1892).

XIII. — Le bacterium coli commune comme agent habituel des péritonites d'origine intestinale, par E. MALVOZ (*Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol., III,* 5).

XIV. — De la présence fréquente du bacterium coli commune dans les cadavres, par R. WURTZ et M. HERMAN (*Ibidem, III,* 6).

XV. — Contribution à l'étude de la fermentation du bacille commun de l'intestin, par V. SCRUEL (*La Cellule, VII,* 1).

XVI. — Sur quelques caractères qui différencient nettement le bacille de la fièvre typhoïde du bacterium coli, par SILVESTRINI (*Riv. gen. ital. di clin. med., n°* 23, 1891).

XVII.— Étude bactériologique sur les péritonites par perforation, par LARUELLE (*La Cellule,* 1889).

XVIII. — Il bacterium coli e le peritonite da perforazione, par O. BARBACCI (*Sperimentale,* 15 *août* 1891).

XIX. — Rapports du bacillus coli avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par ARLOING (*Lyon méd.,* 8 *novembre* 1891).

XX. — ***Idem,*** **par Gabriel VALLET** (*Thèse de Lyon,* 1892).

XXI. — Caractères différentiels du bacterium coli et du bacille typhique, par T. TAVEL (*Semaine méd.,* 13 *février* 1892).

XXII. — Le coli bacille, étude bactériologique et clinique, par F. WIDAL (*Gaz. hebd. Paris,* 2 *janvier* 1892).

I. — Depuis les travaux d'Eberth et de Gaffky on admettait généralement qu'un bacille spécial jouait le rôle pathogène dans la fièvre typhoïde; cette opinion a été récemment combattue dans plusieurs communications par Rodet et Roux, qui soutiennent l'identité du bacille typhique et du bactérium coli commune. A l'appui de leur thèse, ces auteurs prétendent que le bacillus coli se montre presque à l'état de pureté dans les selles des typhiques, que, par simple passage à travers l'organisme humain, ce bacille transforme ses caractères en ceux du bacille typhique et que, chauffé à 80°, pendant treize minutes, il prend les caractères du bacille de la fièvre typhoïde.

Or, d'après Chantemesse et Widal, ces arguments peuvent être contestés, car il est prouvé que le bacillus coli peut se trouver dans les matières fécales fermentées, comme on le rencontre également chez la plupart des fébricitants; le fait n'a donc rien de spécial chez les typhiques.

Quant à l'hypothèse de la transformation du bacillus coli, elle est contraire à toutes les observations, et de plus, il a été nettement re-

connu que ce bacille est tué après quelques secondes seulement à la température de 80°.

D'ailleurs, d'après de nouvelles expériences concernant la chimie biologique de ces microbes, Chantemesse et Widal sont arrivés à démontrer qu'il est facile d'établir le diagnostic de ces deux bacilles.

Le bacterium coli commune fait toujours fermenter les sucres ; le bacille typhique ne les fait pas fermenter. La différence d'action de ces deux microbes est très nette et vient encore s'ajouter aux faits déjà connus qui permettent de repousser toute identité entre des deux bacilles.

II. — Rodet et Roux maintiennent leurs premières conclusions et soutiennent que c'est l'organisme typhique, qui, par un mécanisme inconnu, donne au bacillus coli les caractères du bacille d'Eberth. Quant à la différence fonctionnelle signalée par Chantemesse et Widal, au point de vue de la fermentation des sucres, elle n'est nullement suffisante pour faire de ces deux bacilles deux espèces distinctes. Le bacille d'Eberth reste toujours, pour les auteurs, une variété du bacillus coli communis, fait dont ils confirmeront l'évidence par la prochaine publication de nouvelles observations. OZENNE.

III. — Le bacille typhique ensemencé dans du lait ne coagule pas ce lait. Le bacillus commune le coagule (Escherich). Chantemesse et Widal indiquent une autre différence tirée de la culture des deux microbes en milieux sucrés. Des bouillons sucrés étant ensemencés de bacillus coli, celui-ci, après quelques heures, donne une abondante production de bulles de gaz venant crever à la surface en formant une mousse. Le bacille typhique ne donne rien de pareil.

Dubief contredit cette assertion. Selon lui l'action des deux bacilles sur le glucose serait très analogue ; tous deux sont ferments alcooliques assez énergiques, tous deux forment de l'acide acétique et de l'acide lactique. Il y a seulement formation plus abondante d'acide lactique par le B. coli, d'où l'abondante coagulation produite par ce microbe ; tandis que le bacille typhique produisant moins d'acide lactique (moins par exemple de 2 grammes par litre) ne coagule point le lait. En résumé, sans être identiques les deux bacilles sont voisins.

IV. — Ch. et W. répondent à la critique de Dubief. Ils reconnaissent que à la longue le bacille typhique, ainsi que l'avait indiqué Brieger, peut faire fermenter quelques sucres comme le glucose et le saccharose, mais ceci n'a pas lieu avec le sucre de lait. Un bouillon lactosé (bouillon de veau 1/2 litre ; 35 grammes de lactose ; 10 grammes de carbonate de chaux), donne un dégagement abondant de bulles avec le B. coli et point avec le B. typhique. La quantité de lactose détruite par le bacille typhique est sept ou huit fois moindre que par le bacillus coli : il n'y a pas formation d'alcool, pas d'acide lactique. Donc, pas de fermentation alcoolique ni lactique. Contrairement à Dubief, Ch. et W. n'ont jamais observé de coagulation dans le lait typhique, même après deux mois.

Les auteurs répondent ensuite à Rodet et à Roux, qui soutiennent l'identité des deux microbes (*Acad. de méd.*, 20 octobre 1891), démontrée par l'influence du vieillissement de l'action des antiseptiques, du chauffage modéré ou brutal. Mais ni l'action de la température 37° pendant deux mois ni celle de l'acide phénique à 1 pour 800, de l'acide tartrique,

n'ont fait perdre au B. coli ses propriétés, celles entre autres de coaguler le lait. L'action attribuée à la température serait de même une erreur de fait. Il n'est pas exact non plus que le passage du B. coli à travers l'organisme humain, dans un malade, lui donne les caractères du bacille typhique. Le bacille d'Eberth est aussi spécifié parmi les microbes que la fièvre typhoïde entre les maladies.

V. — Würtz manifeste la formation d'acide lactique par le B. coli ensemencé dans la gélose sucrée par le sucre de lait en y ajoutant une petite quantité de teinture de tournesol. Il y a coloration rouge. Avec le bacille d'Eberth, la coloration reste bleue. En second lieu, si en prenant une culture sur gélose du bacille typhique, on enlève la culture qui s'y est développée, et qu'on ressème du bacille typhique, celui-ci ne se développe plus (Chantemesse et Widal), mais le bacillus coli, dans ces conditions se développe. DASTRE.

VI. — On a attribué au B. coli les péritonites intestinales (Laruelle et Malvoz); le choléra-nostras (Gilbert et Girode, Marfan et Lion); l'angiocholite suppurée (Charrin et Roger, Gilbert et Girode). On le rencontre fréquemment dans les cadavres (Würtz et Herman). Ch. A. et J. R. l'ont trouvé dans les reins, les bassinets et les calculs chez une femme enceinte attaquée de néphrite. La bactérie (*B. pyogenes*), de l'infection urinaire (Bouchard, Kannenberg, Clado, Albarran, Hallé), présente des caractères semblables au B. coli : les formes en sont seulement un peu plus courtes et poussent plus facilement sur la pomme de terre et sur la gélose au touraillon. L'un et l'autre possèdent une virulence bien variable qui peut s'exalter en milieu acide. Les lésions expérimentales par injection dans le rein ont la même nature et la même évolution.

VII. — Straus signale un travail de Krogius, de Helsingfors, aboutissant à la même solution.

VIII. — Rodet, dans un cas de lithiase rénale suppurée, a trouvé de même le B. coli, avec tous ses caractères morphologiques et pathogènes.

IX. — Th. Reblaud est arrivé à la même conviction. Cependant l'ensemencement sur gélatine par piqûre donnerait des aspects différents chez le bacterium coli et le B. pyogenes.

X. — Bouchard a reconnu l'existence du microbe des infections urinaires, en 1877. Il en a signalé depuis l'existence dans la zone génitale, prépuce et vulve, à l'état normal. Il a vu que dans les milieux solides, il déterminait la production de cristaux assez volumineux; des bulles de gaz dans la gélose : un aspect irisé des cultures. DASTRE.

XI. — Les inoculations du B. coli au lapin produisent des accidents diarrhéiques et des phénomènes comateux auxquels l'animal peut résister. Il peut ultérieurement aussi succomber à des phénomènes paralytiques. Ces phénomènes sont dus à une myélite centrale d'origine infectieuse, constatée par les auteurs. De nombreuses cellules de la substance grise, dans la région lombaire sont atrophiées, ratatinées, réfringentes, vivement teintées : les noyaux sont peu visibles : la plupart des prolongements ont disparu. On peut faire l'hypothèse que certaines paralysies humaines, paralysies intestinales, paralysies urinaires, relèvent du bacille d'Escherich, lorsqu'elles apparaissent au cours d'entérites ou de diarrhées, ou bien au cours de cystites ou de pyélo-néphrites suppurées.

XII. — Escherich admet que le B. coli normal est virulent. Il tue le lapin et le cobaye en 36 et 48 heures en injections sous-cutanées ou veineuses. L. et M., en employant la dose efficace (1 cent. cube) d'une culture en bouillon de B. coli virulent, pathogène chez l'homme; ont trouvé qu'elle était sans effet sur les animaux. Si l'intestin présente de la diarrhée (diarrhée simple des enfants), le B. coli prend de la virulence et, à même dose que tout à l'heure, tue les animaux. Cette acquisition de virulence n'est ni constante ni durable.

Chez le cadavre d'un sujet sans diarrhée ni ulcération, le B. coli ne franchit point la barrière intestinale et n'envahit pas les organes pendant l'hiver. Il les envahit en été. Mais, en le faisant, il ne devient pas virulent. Il est, au contraire, à la fois envahisseur et virulent s'il y a eu diarrhée ou ulcération. On l'a trouvé onze fois sur 42 examens, dans la bile. Il existe dans presque tous les examens à l'état saprophyte.

L. et M. constatent que le B. coli de l'intestin d'enfant mort du choléra infantile est virulent et envahisseur. De même pour le choléra-nostras de l'adulte (Gilbert et Girode). Dans les diarrhées infectieuses graves des enfants, le B. coli tend à prédominer et à subsister seul. La virulence du B. coli cholérigène est plus grande que celle du B. coli pyogène. Il tue alors que l'autre provoque des phlegmons qui peuvent se limiter. Le fait d'être pyogène tiendrait à un degré moindre de virulence permettant la localisation. Un même sujet peut présenter à la fois le B. coli septique dans l'intestin et le pyogène dans un autre organe. Le B. coli pyogène de l'homme l'est aussi chez les animaux. DASTRE.

XIII. — L'auteur a retrouvé dans 6 cas le bacillus coli communis dans l'exsudat, généralement fluide et non fibrineux, de péritonites consécutives à des lésions de l'intestin. Ce n'est pas seulement dans les cas de perforation que le déversement du contenu intestinal dans la séreuse entraîne de tels accidents ; des lésions très légères de l'intestin peuvent s'en compliquer, par exemple les traumatismes légers, les étranglements, les occlusions, la typhlite, les ulcérations de la muqueuse, même la simple coprostase. Du reste, les expériences de Frænkel ont montré que l'injection du coli-bacille dans le péritoine, sans intervention d'aucune cause irritative adjuvante, pouvait déterminer la péritonite. Cette uniformité des résultats permettra, le cas échéant, de remonter à la cause des péritonites à bacterium coli commune. Le contraste est frappant avec les péritonites à pyocoques, celles, par exemple, qui ont chez la femme un point de départ génital. C'est un élément diagnostique que la médecine légale pourrait éventuellement utiliser.

GIRODE.

XIV. — Dans la moitié environ des autopsies d'individus morts d'affections quelconques, autopsies pratiquées de 24 à 36 heures après la mort, on trouve dans le foie, la rate ou les reins, assez souvent dans ces trois organes ensemble, le bacterium coli commune.

Il est absolument impossible, dans un grand nombre de cas, de différencier par les méthodes bactériologiques actuelles le bacterium coli commune du bacille d'Eberth.

Il s'ensuit qu'on ne saurait admettre sans quelques réserves les résultats des autopsies pratiquées jusqu'ici à l'aide de ces méthodes, résul-

tats attribuant soit au bacille d'Eberth, soit au bacterium coli, les causes de la mort. GIRODE.

XV. — Dans les solutions renfermant du glucose, le bacille commun de l'intestin se développe tout aussi bien à l'abri complet de l'air que lorsque ses cultures sont aérées d'une façon ininterrompue. Il existe pourtant une différence, bien faible dans beaucoup de cas mais incontestable : dans les cultures aérées la pullulation est plus abondante et la décomposition du sucre plus complète. Pour expliquer cette différence, pas n'est besoin de recourir à un défaut d'oxygène; l'accumulation de l'acide carbonique suffit seule à l'expliquer. Comme Baginsky l'a démontré, la fermentation fournit surtout de l'acide acétique et de l'acide lactique : elle donne lieu également à un peu d'acide formique. Les acides ne dérivent pas les uns des autres, mais naissent indépendamment. Les acides acétique et lactique sont probablement des résidus, et, comme ils ne sont pas attaqués, ils s'accumulent dans les cultures. L'acide formique est, suivant toutes les probabilités, produit en quantité beaucoup plus considérable qu'on n'en trouve à l'analyse : il est décomposé au fur et à mesure de sa proportion, en fournissant l'hydrogène et l'acide carbonique. La production entre l'acide acétique et l'acide lactique est la même, que les cultures soient aérées ou non. Le rapport de ces acides avec le sucre consommé est également indépendant de ces conditions. La destruction du glucose paraît donc subir les mêmes lois, aussi bien en présence de l'oxygène qu'en son absence. A. NICOLAS.

XVI. — Le meilleur caractère différentiel entre les deux microbes serait le suivant, indiqué par De Giaxa et Guarnieri : on met dans un tube stérilisé une goutte de bouillon de culture de bactérium coli, on ajoute 20 gouttes de sang défibriné de lapin, et l'on fait une culture sur gélatine au bout de 10 heures environ ; on procède de même avec le bacille typhique.

Les cultures faites sur plaques avec le bacille typhique ne donnent pas de nombreuses colonies (500 en moyenne); au contraire, celles que donne le bactérium coli sont innombrables, dépassent 50,000. Les bacilles typhiques sont donc en grande partie détruits par le sang de lapin, tandis que les bacilles du côlon ne sont pas influencés par lui.

G. LYON.

XVII. — Laruelle a étudié expérimentalement d'une part l'action de la bile et des matières intestinales stérilisées déversées dans le péritoine, d'autre part, l'action des injections du bacille coli en suspension dans un milieu neutre ou dans la bile et les fèces.

Les premières inoculations sont inoffensives, au moins relativement, mais elles semblent préparer le terrain à l'action du bacille, qui détermine alors des inflammations suraiguës. A. C.

XVIII. — Barbacci, dans six cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, a étudié le liquide péritonéal, au moyen de cultures sur gélatine et sur agar, et en inoculant des cobayes et des rats blancs. Dans les six cas, le microbe ainsi obtenu s'est montré constamment le même, et l'auteur le considère comme identique au bacterium coli commune. Trois fois l'auteur rencontra concurremment le diplocoque lancéolé capsulé de Fränkel, mais sa virulence a paru médiocre, disparaissant après inoculation à une seconde série d'animaux. Il considère le

bactérium coli commune comme l'agent exclusif de la perforation et de la péritonite, que l'on ne doit pas imputer au bacille d'Eberth.

Dans un cas de pérityphlite suppurée, l'aspiration du pur et ses cultures ont donné le même résultat ; il s'agissait encore du bactérium coli commune. H. R.

XIX et XX. — A. rappelle, dans cette note, les différents travaux de Rodet et Roux et relate quelques recherches nouvelles dues à ses élèves.

Vallet a vu que le B. coli, puisé dans les matières fécales fermentées est plus pathogène que celui retiré de l'intestin de l'homme sain. D'autre part le B. coli s'entretient très bien dans les matières fécales en fermentation ; il pullule même dans la partie liquide, tandis que le bacille d'Eberth n'y végète pas. C'est donc le B. coli qui doit le plus facilement contaminer les eaux avoisinant les fosses.

Vallet a encore vu que des animaux, alimentés avec une eau contenant de 60 pour 1000 de la partie liquide et filtrée d'une fosse d'aisances, contractaient une certaine immunité contre les inoculations ultérieures des cultures de B. coli ou de B. d'Eberth. On pourrait en conclure qu'une eau polluée par les parties liquides infiltrées d'une fosse peuvent, s'il n'y a pas de microbe, donner en quelque sorte une certaine immunité. A. C.

XXI. — Ces caractères différentiels sont les suivants :

1° Le bactérium coli ne présente que des mouvements moléculaires, tandis que le bacille typhique a des mouvements de translation très rapides.

2° Dans la culture sur gélose, le premier développe du gaz, le second jamais.

3° Le bouillon ensemencé avec le bacterium coli prend une teinte rougeâtre et se colore beaucoup plus que le bouillon inoculé avec le bacille typhique.

4° Sur la pomme de terre, la culture du premier est épaisse, gris jaunâtre ; celle du second est peu saillante et a une teinte gris brun.

5° Enfin on ne trouve pas de cils dans le bacterium coli. A. C.

XXII. — Très bonne revue générale sur la question du bacillus coli ; l'auteur expose avec beaucoup de talent les divers points de vue bactériologique et clinique et présente un résumé général qui permet d'embrasser rapidement les travaux déjà nombreux sur ce sujet. A. C.

Die Fäulnissbakterien in die Organe... (Les bactéries de la putréfaction dans les organes et le sang d'animaux tués à l'état de santé complète), par TROMBETTA (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, 20, *p.* 664, 1891).

Il existe une limite en deçà de laquelle le sang et les organes des animaux tués en pleine santé est libre de bactéries ; à la température du laboratoire, c'est 19 heures ; à celle de la glacière, 22 heures ; à celle de l'étuve, 5 heures pour les souris. Pour les rats, ces limites sont respectivement 18 heures, 20 heures et 5 heures ; pour les lapins 16 heures, 20 heures et 6 heures. Ces limites sont établies pour les seules aérobies pathogènes. Quant au mode d'envahissement des organes et du sang, il est très irrégulier. Il est exceptionnel cependant que le sang soit envahi le dernier. C. LUZET.

Recherches expérimentales sur la toxicité de la substance des capsules surrénales, par ALEZAIS et ARNAUD (*Assoc. franc., Congrès de Paris*).

D'une série d'expériences sur les animaux, les auteurs concluent :

1° L'existence, à l'état frais, d'un produit toxique dans le parenchyme des capsules surrénales n'est pas démontrée.

2° L'extrait aqueux concentré ne provoque qu'une irritation purement locale.

3° Il est possible que les accidents d'intoxication observés soient dus à l'altération de cet extrait toujours acide, tandis que le liquide frais est toujours neutre.

4° Il est difficile d'admettre que ces mêmes accidents toxiques soient dus à l'existence dans les capsules, à l'état normal, du phosphate ou phosphoglycérate de neurine, ainsi que le pensent Guarnieri et Zuco, puisque les expériences des auteurs ont été négatives, avec l'extrait capsulaire aussi bien qu'avec le résidu incinéré. A. C.

Recherches sur l'action pathogène du bacille lactique, par R. WURTZ et R. LEUDET (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol., III*, 4).

Les cultures du bacille lactique possèdent une action pathogène chez le cobaye et le lapin. On observe chez ces animaux une gastro-entérite ulcéreuse et hémorragique, et la mort survient au bout d'un temps qui varie de douze heures à quelques jours, suivant la dose de culture employée.

Si au lieu de cultiver le bacille dans une solution de lactose ou dans du lait, où il forme en quantité abondante de l'acide lactique, on le cultive dans le bouillon ou dans une solution de peptone, la culture présente une réaction alcaline. Elle contient, outre de l'ammoniaque, un toxique énergique, dont les effets chez les animaux sont les mêmes que ceux que provoque l'inoculation de la culture vivante. On peut se demander si une fermentation de cette nature, avec production de la même toxine, ne s'effectue pas dans certaines maladies du tube digestif, dans la dilatation de l'estomac en particulier. GIRODE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Versuche über die Diuretin, par S. PFEFFER (*Centralblatt für die gesammte Therapie, août et septembre* 1891).

Pfeffer a prescrit la diurétine dans 40 cas, à la dose quotidienne de 5 gr.; il a été jusqu'à 10 gr. chez les cardiaques avec hydropisie, les brightiques, les pleurétiques, les cirrhotiques. Chez les cardiaques, action diurétique nette (5 à 6 litres d'urine) et rapide (26 à 48 heures dans la plupart des cas). Elle réussit alors que les autres médicaments ont échoué, en particulier le calomel, mais elle ne réussit pas toujours.

L'œdème et les épanchements séreux ne suivent pas toujours dans leur diminution l'augmentation de la diurèse. C'est surtout le cas dans la pleurésie et l'ascite tuberculeuses, moins souvent chez les cardiaques.

L'action de la diurétine cesse vite après sa suspension (24 heures), rarement elle se prolonge deux à trois jours. Comme symptômes secondaires, il faut citer la somnolence, le vertige, la céphalée et parfois la diarrhée profuse. Sauf ce dernier accident, les autres disparaissent vite.

La diurétine agit bien aussi chez les rénaux, elle élève la diurèse et diminue sonvent l'albumine. Elle échoue dans la pleurésie séreuse et dans certaines formes de mal de Bright.

La diurétine est un diurétique rénal, agissant sur le cœur, mais bien moins que la digitale. L'action sur le cœur ne dépend pas seulement de la diurèse et par suite de la diminution des œdèmes, puisqu'elle peut s'observer alors que l'œdème n'a pas encore diminué. PAUL TISSIER.

Étude thérapeutique sur la diurétine, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n° 9, p.* 735, 1891).

D'après l'auteur, la diurétine est peu efficace contre les épanchements de nature inflammatoire ; elle ne produit pas de résultats dans l'ascite ni dans les néphrites. Elle donne les meilleurs résultats dans l'hydropisie générale due à l'insuffisance cardiaque.

Elle produit quelquefois des vomissements et de la diarrhée.

LEFLAIVE.

Ueber Hydrastinin, par STRASSMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 47, p.* 1283, 1891).

Le chlorhydrate d'hydrastinine a une action élective sur les fibres musculaires et sur les vaisseaux de l'utérus. A la clinique de Löhlein, il a été prescrit trois fois avec succès chez des femmes en couches pour des hémorragies secondaires. On l'a donné vingt-neuf fois pour des ménorragies survenues soit sans cause connue, soit au cours d'affections diverses de l'utérus et des annexes : trois fois seulement il a échoué. En général, son action a été rapide; il a arrêté, par exemple, en deux ou trois jours, des métrorragies rebelles.

Dans un cas, le médicament a favorisé les contractions de l'utérus inerte (sans hémorragie) post partum. Quatre myomes utérins ont diminué de volume sous l'influence du même agent.

Löhlein se sert de perles contenant 25 milligrammes de chlorhydrate d'hydrastinine ; il en donne jusqu'à cinq par jour. Il pratique aussi des injections sous-cutanées d'une solution à 10 0/0 : il injecte jusqu'à 20 centigrammes en vingt-quatre heures. L. GALLIARD.

Sur la thilanine ; lanoline brune soufrée, par Edmund SAALFELD (*Therap. Monats.*, 11 *novembre* 1891).

La thilanine agit plus énergiquement et plus rapidement que les autres corps indifférents employés en dermatothérapie. Elle n'est pas irritante et calme le prurit. Elle semble contre-indiquée à l'état pur sur le cuir chevelu.

Son action ne provient pas uniquement du soufre qu'elle renferme, comme en témoigne l'emploi de pommades contenant la même proportion (3.5 0/0) de soufre. PAUL TISSIER.

Influence de la vératrine cristallisée sur les contractions des muscles, par P. MARFORI (*Arch. ital. de biol., XV, p.* 267, *et R. Accad. delle scienz. di Torino, XXV*, 1890).

La contracture qui s'observe comme phénomène chez les muscles normaux s'exagère chez le muscle veratrinisé. D'abord les muscles répondent à toute excitation; puis le muscle devient inexcitable pendant un certain temps à mesure que l'on emploie des doses plus fortes. La hauteur des contractions diminue ainsi que l'excitabilité du muscle. La chaleur augmente l'effet de la vératrine. La contracture à frigore diffère complètement de celle des muscles vératrinisés. La vératrine a peu d'action chez le chien. En somme, la vératrine trouble la fonction du muscle : elle en est un poison, plus qu'un excitant. Elle produit une contracture différente de celle de la fatigue et que l'on ne peut comparer à celle que produirait une augmentation d'excitabilité. Celle-ci est, au contraire, diminuée. La contracture de la vératrine est pourtant identique à celle que Ranvier a signalée et qui se montre spontanément dans certaines conditions chez les grenouilles normales. DASTRE.

Action de la cocaïne sur la contractilité du protoplasma, par P. ALBERTONI (*Arch. ital. de biol., XV, p.* 1, *et Annali di chimica e farmac., XII*, 6).

Sighicelli (1885) a montré que la cocaïne instillée au lapin abolit, outre la sensibilité, la contractilité des muscles striés oculaires et du muscle lisse irien. De même pour l'intestin et les vaisseaux. Il faut, pour cela, que de fortes doses de cocaïne viennent en contact direct avec la fibre musculaire. Albertoni étudie l'influence de cet agent sur les mouvements protoplasmiques des larves de lépidoptère, des cellules du sang d'écrevisse, sur les cellules des glandes muqueuses de la membrane nictitante de la grenouille, sur les spermatozoïdes de grenouille, sur les cellules vibratiles du pharynx, sur la diapédèse dans le mésentère du même animal, sur les muscles couturiers (muscles, cils vibratiles) et les sciatiques du lapin. En résumé, la cocaïne exerce une action *excitante*, ou une action *paralysante* suivant les doses : l'effet paralysant est le plus évident. Au degré près le protoplasma moteur est atteint ainsi que le protoplasma sensitif, mais après lui. DASTRE.

Experimental Untersuchungen über die Darmwirkung (Sur l'action qu'exercent l'opium et la morphine sur l'intestin), **par W. SPITZER** (*Archiv f. pathol. Anat., CXXIII*, 3).

L'opium (surtout la morphine) agit sur la grenouille et sur le lapin en provoquant des paralysies d'origine centrale et une insensibilité relative de l'intestin, de sorte que le résultat définitif est une diminution des mouvements péristaltiques. Après la section du nerf splanchnique, on constate encore une diminution des mouvements péristaltiques à la suite de l'ingestion d'une solution aqueuse d'extrait d'opium dans l'intestin.

L'opium agit par voie sous-cutanée, tant qu'il renferme de la morphine.

Chez l'homme, il est préférable de prescrire l'opium au lieu de la morphine, dans les cas d'affections intestinales, parce que l'opium a une action générale moins prononcée, tout en exerçant le même effet sur le tube digestif. ÉD. RETTERER.

Ueber Pseudoephedrin, par F. GÜNZBURG (*Archiv f. pathol. Anat. CXXIV*, 1).

Après avoir instillé quelques gouttes d'une solution de pseudoéphédrine dans l'œil des chats, des lapins et des chiens, Günzburg vit la pupille se dilater, la fente palpébrale s'élargir, et il observa une légère exophtalmie. Dans huit autres cas, il paralysa d'abord le nerf oculomoteur par l'atropine, et il provoqua en second lieu la dilatation plus complète de la pupille en instillant de la pseudoéphédrine.

Il conclut de ses expériences que la pseudoéphédrine produit la dilatation pupillaire par l'excitation des filets du grand sympathique.

ÉD. RETTERER.

I. — Ueber den Sogenannten Curarediabetes... (Sur le prétendu curare diabétique et l'action protectrice du foie contre ce poison), par K. SAUER (*Archiv für die gesammte Physiol., XLIX*, 243).

II. — Ueber die Unnarksamkeit des Curare vom Magen (Inefficacité du curare introduit dans l'estomac), par ZUNTZ (*Ibidem, p.* 437).

I. — Sauer ne trouve pas de glycosurie, sauf dans le cas où l'état général de l'animal est altéré. En expérimentant sur le lapin, l'ingestion stomacale de 3 décigrammes fait apparaître en dix minutes la paralysie curarique. Si l'on pratique aussitôt la respiration artificielle, il n'y a pas de glycosurie. Celle-ci n'apparaît que si la ventilation pulmonaire est insuffisante. L'introduction du poison par le rectum a des résultats assez rapides.

Si l'on fait pénétrer le curare, dans un cas par la veine faciale, dans l'autre par la veine mésentérique, les effets se produisent de la même manière, ce qui implique l'indifférence du foie vis-à-vis du poison.

II. — L'urine des 24 heures d'un lapin qui a reçu par l'estomac 250 milligrammes de curare est moins active sur la grenouille que l'urine des quatre heures d'un lapin qui a reçu 30 milligrammes sous la peau. La digestion prolongée d'une solution de curare avec le suc gastrique en affaiblit notablement la toxicité. DASTRE.

Étude sur l'action cardiaque du cactus grandiflora, par BOINET et BOY-TEISSIER (*Assoc. franç. Congrès de Marseille*, 1891).

L'extrait de cactus employé sur trois séries de grenouilles, tortues et cobayes a toujours montré une action sur l'énergie cardiaque, qu'il augmente d'une façon notable. Cette énergie du cœur ne se soutient pas, mais elle est réveillée par de nouvelles doses. Après l'injection de 8 à 10 centigrammes, on constate du ralentissement et de l'arythmie.

L'alcaloïde, la cactine, injectée à la dose de 1 à 10 milligrammes, a, d'une façon permanente, excité l'énergie des contractions du cœur, sans provoquer ni ralentissement ni arythmie.

Des observations cliniques, il résulte que le cactus peut être employé comme tonique du cœur à hautes doses souvent répétées (120 gouttes de

teinture d'Adrian). Il n'y a pas d'effets cumulatifs. Il a été employé, dans les lésions valvulaires et du myocarde et dans les cardiopathies secondaires ou fonctionnelles. A. C.

Wie wirkt das per os oder Klysma... (Comment agit l'eau introduite dans l'organisme par la bouche ou par lavement sur la sécrétion et la composition de la bile, par E. STADELMANN (*Therap. Monatshefte, octobre et novembre* 1891).

L'eau ingérée par la bouche (chiens porteurs d'une fistule biliaire) n'augmente ni la quantité de la bile sécrétée, ni la proportion des pigments ou des acides biliaires. Si l'eau chaude a paru dans une des expériences diminuer la consistance de la bile et sa richesse en pigments et en acides, le fait ne s'est pas montré constant, et en outre il s'agissait d'une différence faible ne dépassant pas la limite des écarts physiologiques.

L'eau donnée en lavements peu abondants, de façon à être résorbée complètement, est à peu près sans action ; les effets obtenus varient en sens inverse et les modifications sécrétoires semblent devoir uniquement être rapportées à l'effet réflexe de l'eau (froide). Les grands lavements d'eau n'augmentent pas davantage la sécrétion de la bile, qui est tantôt normale, tantôt faiblement diminuée ou augmentée. Cependant la clinique démontre l'utilité de la méthode de Krull dans l'ictère. Il faut y voir 1° une action réflexe augmentant la péristaltique, facilitant l'évacuation du tube digestif et pouvant se propager jusqu'au canal cholédoque ; 2° une modification de la circulation intestinale et hépatique.

Il faut faire un seul lavement par jour à 18 ou 20°. On augmente progressivement la quantité d'eau injectée jusqu'à deux litres en même temps qu'on se sert d'une eau plus froide. Il est absolument inutile d'y introduire des substances médicamenteuses. PAUL TISSIER.

Ueber die Einwirkung des Chloroform... (L'influence des poisons sur la réaction alcaline des humeurs), par PETRUSCHKY (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, *p.* 669, 1891).

Chez les animaux intoxiqués par le chloroforme, les humeurs restent alcalines jusqu'au moment où le cadavre se refroidit; à partir de ce moment, elles ont une réaction acide. Cette modification paraît due à un état particulier des tissus, plutôt que des liquides de l'organisme : en effet, si l'on saigne l'animal avant la mort, le sang recueilli dans l'éprouvette ne devient pas acide, mais reste alcalin; dans les vaisseaux il aurait perdu son alcalinité.

Chez l'homme, pendant le sommeil chloroformique, le sang est alcalin. L'auteur n'a pas eu l'occasion de l'examiner après la mort. Mais dans d'autres intoxications il a vu l'acidification se produire. Dans un cas de suicide par l'arsenic (vert de Schweinfurt), il a trouvé, sur le cadavre le sang et les humeurs acides.

Même phénomène sur le cadavre des animaux intoxiqués par l'acide cyanhydrique, l'acide oxalique, l'éther.

Le fait a peut-être de l'importance pour les autopsies médico-légales.

L. GALLIARD.

I. — Recherches expérimentales sur l'action propre et comparative du strontium et de ses sels solubles sur l'organisme, par LABORDE (*Soc. de biol.*, *12 juillet* 1890).

II. — Recherches expérimentales sur l'action propre et comparée du strontium et de ses sels sur l'organisme, par LABORDE (*Soc. de biologie*, 13 *décembre* 1890).

III. — Les préparations de strontiane, par C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. de thérap.*, 11 *novembre* 1891).

IV. — Les sels de strontiane, par E. EGASSE (*Bull. de thérap.*, 30 *novembre* 1891).

I. — Le fait capital mis en relief et hors de doute par ces recherches, c'est l'innocuité absolue et relative de la strontiane et de ses sels solubles, la toxicité extrême des sels similaires de baryum et l'activité relative des sels de potassium.

II. — L'administration et l'absorption longtemps continuées de la strontiane montrent son innocuité propre et relative; non seulement elle est tolérée à doses considérables, mais encore elle semble être un excitant de l'appétit et des fonctions digestives.

Les composés de strontiane (lactate, tartrate) paraissent posséder une action diurétique puissante.

La strontiane se retrouve dans l'urine, le foie, les os et les matières fécales, qui semblent être le principal substratum de son élimination.

La strontiane paraît exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides; sa présence dans l'intestin semble contrarier le développement du tænia, parasite familier du chien, ce qui indiquerait un certain pouvoir parasiticide.

III. — D'après C. Paul, la strontiane n'est pas toxique; elle n'est pas diurétique, mais diminue l'albumine dans l'albuminurie, d'où ses avantages dans les néphrites catarrhales, l'albuminurie passagère. Le bromure de strontiane a bien réussi chez une hystéro-épileptique, à la dose de 6 grammes par jour.

Dujardin-Beaumetz trouve que le bromure est mieux toléré que tous les autres bromures.

IV. — Revue critique sur la préparation de divers sels de strontiane, leur purification pour séparer bien complètement la baryte et leur action physiologique. Egasse confirme les résultats obtenus par Laborde et indique les principales applications thérapeutiques. A. C.

I. — Étude expérimentale de l'action sur l'organisme des sels de strontium. De l'innocuité absolue et relative de cette action, par LABORDE (*Bull. Acad. de méd.*, 21 *juillet* 1891).

II. — Sur l'action du bromure de strontium dans les affections de l'estomac, par G. SÉE (*Ibid.*, 27 *octobre* 1891).

III. — Le bromure de strontium dans l'épilepsie. De la toxicité des divers bromures, par FÉRÉ (*Bulletin méd.*, *nos* 84 *et* 94, 1891).

IV. — Note sur quelques accidents dus à l'emploi thérapeutique du lactate de strontiane, par DIGNAT (*Journ. de méd., Paris*, 27 *décembre* 1891).

V. — Du lactate de strontiane dans l'albuminurie, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Le Monde méd., décembre* 1891).

I. — La strontiane et ses composés sont dépourvus de toute toxicité, ils peuvent être introduits dans l'organisme à des doses relativement considérables.

Loin de provoquer des accidents, ils produisent des effets favorables à la nutrition générale, et se traduisant chez les animaux et chez l'homme par une excitation de l'appétence, un accroissement du poids et une augmentation des phénomènes d'assimilation et de nutrition.

Les sels de strontiane, dont l'innocuité contraste avec la toxicité des composés similaires de potasse, exercent une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excreta organiques: ils jouissent par cela même d'un certain pouvoir parasiticide.

En résumé, la strontiane est un médicament nutritif et reconstituant; de plus, elle (le lactate) favorise l'excrétion urinaire.

II. — G. Sée a expérimenté le lactate de strontiane dans les affections de l'estomac; il a noté qu'il donnait de bons résultats, mais, à cause de sa solubilité insuffisante, il l'a abandonné et l'a remplacé par le bromure de strontium, très soluble et bien toléré par l'estomac.

Sur 32 dyspeptiques hyperchlorydriques, ce sel, à la dose quotidienne de 2 à 5 grammes, a déterminé une rapide amélioration. 6 cas de vomissements nerveux n'ont pas été améliorés. Contre les douleurs gastralgiques, les cardiopathies, la maladie de Bright et l'épilepsie, il donne également des résultats satisfaisants.

III. — Féré a remplacé, chez des épileptiques, le bromure de potassium par le bromure de strontiane. Ce dernier sel, à un dose double de la dose de bromure de potassium, a donné lieu à des accidents de bromisme; administré à dose égale, les crises épileptiques ont disparu et ne se sont pas renouvelées : le bromure de strontiane peut donc suppléer le bromure de potassium.

L'auteur a, en outre, cherché à établir le degré de toxicité des divers bromures, et, d'après une centaine d'expériences sur le lapin, il est arrivé à ce résultat que le bromure de strontiane doit être rangé parmi les moins toxiques.

IV. — Dignat a essayé le lactate de strontiane sur cinq malades, l'un albuminurique et les autres dyspeptiques. Chez le premier, il n'a observé aucune diminution de l'albumine; par contre, il a noté chez ce malade et chez l'un des quatre autres des accidents particuliers.

Ces accidents ont consisté en douleurs vives et continues ressenties dans certains points de la colonne vertébrale, apparaissant subitement peu après l'ingestion d'une certaine quantité de lactate de strontiane, ces douleurs ont persisté avec la même intensité pendant cinq ou six heures, puis elles ont fini par disparaître en deux ou trois jours, du moment où il y a eu suppression du médicament.

V. — Dujardin-Beaumetz a donné le lactate de strontiane à cinq malades atteints d'albuminurie, d'origine néphrétique ou cardiaque. Au bout d'un temps qui a varié entre un et quatre jours, il a obtenu la réduction de l'albumine exactement à la moitié de son taux primitif. En même temps que l'emploi de ce sel, donné à la dose de 6 grammes par

jour, on a prescrit le régime végétarien. Le lactate de strontiane dans ces cas d'albuminurie agirait en favorisant la digestion stomacale. OZENNE.

Ueber Salophen, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 52, *p.* 1209, 21 *décembre* 1891).

Le salophène se présente sous forme de lamelles cristallines, blanches, presque insolubles dans l'eau, très solubles dans l'alcool et l'éther; c'est un corps inodore et insapide. Dans l'organisme animal, le salophène se dédouble en salicylate de soude et acétylparamidophénol qu'on retrouve tous deux dans l'urine.

Après s'être assuré, par des expériences, que les animaux supportent, sans inconvénient, 40 centigrammes de salophène par kilogramme de leur poids, Guttmann a administré cette substance à des hommes. C'est dans les cas de rhumatisme articulaire aigu qu'il a obtenu les meilleurs résultats (4 cas). Les propriétés antipyrétiques du salophène sont beaucoup moins marquées que ses propriétés antirhumatismales. Du reste, comme tous les antirhumatismaux, il est moins efficace dans le rhumatisme articulaire chronique (7 cas).

Les effets ont été fort nets dans 3 cas de cystite et dans 4 cas de névralgie sciatique ou faciale. La dose quotidienne est de 4 à 6 grammes. Jamais Guttmann n'a observé de phénomènes accessoires désagréables. J. B.

Sur un nouvel antiseptique intestinal, le benzoate de naphtol, par YVON et BERLIOZ (*Bull. Soc. de thér.*, 11 *novembre* 1891).

Les auteurs obtiennent ce nouveau produit par la combinaison directe à la chaleur du naphtol B et de l'acide benzoïque. Après purification, on a des cristaux blancs en longues aiguilles prismatiques, peu solubles dans l'eau, solubles dans l'alcool.

Introduit dans le tube digestif, le benzonaphtol se décompose en naphtol B et en acide benzoïque dont une partie se transforme en acide hippurique. Ce sel est beaucoup moins toxique que les naphtols A et B, beaucoup moins irritant pour l'estomac que le bétol; il faut de 5 à 6 et 8 grammes par kilo de poids de l'animal pour amener la mort.

Gilbert, qui a étudié l'action thérapeutique, montre qu'il assure l'antisepsie intestinale à la dose de 2 à 4 grammes par jour, par prises de 50 centigrammes, et augmente dans de très larges proportions la diurèse.

A. CARTAZ.

L'acide sulforicinique et le phénol sulforiciné, leur emploi en thérapeutique, par A. BERLIOZ (*Bull. gén. de thér.*, 15 *décembre* 1891).

L'acide sulforicinique se prépare en mélangeant à 1,000 grammes d'huile de ricin 250 grammes d'acide sulfurique; après 10 heures de contact, on lave à l'eau froide, puis à l'eau salée à 10 0/0 chauffée à 60°; on neutralise avec une faible quantité de soude. Ainsi préparé, cet acide, qui est plutôt un sulforicinate de soude, forme un sirop épais, brunâtre, sans grande odeur ni saveur; il forme avec l'eau une émulsion. Son coefficient de toxicité est de 227 milligrammes par kilo de poids d'animal.

Il dissout un grand nombre de substances antiseptiques : acide phé-

nique, 30 et 40 0/0; naphtol, 10 0/0; salol, 15 0/0. Ces mélanges peuvent comme l'acide sulforicinique, s'émulsionner dans l'eau.

Le phénol sulforiciné à 30 0/0 a été employé avec succès en badigeonnages dans la diphtérie, dans la tuberculose laryngée. Son application n'est pas douloureuse et a donné de bons résultats. A. CARTAZ.

Sur la décomposition du salol dans l'estomac. Recherches expérimentales, par REALE et GRANDE (*Rivista clinica e terapeutica, n° 10, p.* 545, 1891).

Pour rechercher si le salol se décompose ou non dans l'estomac, Reale et Grande ont pratiqué la laparotomie chez des chiens, et après ligature serrée du pylore ont ouvert l'estomac afin d'y introduire une certaine quantité de salol (2 grammes). Les animaux furent sacrifiés quelques heures après l'opération, et voici ce que l'on constata : l'urine présentait la réaction de l'acide salicylique, ainsi que les matières vomies; de plus, le contenu de l'estomac donnait à un haut degré la réaction caractéristique par le perchlorure de fer, tandis que l'on n'obtenait pas cette réaction avec le contenu de l'intestin. Les résultats de ces expériences montrent que toutes les conclusions fondées sur l'unité du lieu de dédoublement du salol perdent tout ou partie de leur valeur. G. LYON.

Ueber die Crotonoelsäure Buchheim's, par Ernst von HIRSCHHEYDT (*Kobert's Arbeiten des pharmakolog. Instituts zu Dorpat, IV, et Berlin. klin. Wochens., n° 26, p.* 657, 29 *juin* 1891).

La solubilité de l'huile de croton dans l'alcool varie avec l'âge de l'huile; les éléments les plus solubles sont ceux à saveur raclant la gorge et qui irritent la peau.

Le principe actif de l'huile est l'acide d'huile de croton isolé déjà par Buchheim.

L'injection dans le sang de préparations contenant l'acide libre d'huile de croton produit déjà, à petites doses, des phénomènes graves d'intoxication, consistant les uns en une violente excitation avec paralysie consécutive du cerveau et des centres médullaires, les autres en irritation des ganglions contenus dans les parois intestinales.

En injection sous-cutanée, l'huile neutre libre ne renfermant pas d'acide, de l'huile de croton, est absolument inerte, même localement, tandis que l'acide libre d'huile de croton provoque une irritation locale, sans aucun phénomène d'empoisonnement.

En injections sous-cutanées chez les grenouilles, la glycéride neutre de l'acide d'huile de croton est décomposée et consécutivement produit les mêmes phénomènes essentiels d'intoxication que chez les animaux à sang chaud : les muscles et la cavité buccale des grenouilles sont le siège de nombreuses hémorragies.

Les expériences faites sur l'homme montrent qu'administrée par la bouche l'huile a plus ou moins d'action suivant sa teneur en acide libre d'huile de croton. A partir de 10 milligrammes, l'acide provoque souvent des évacuations intestinales, mais elles s'accompagnent de ténesne et d'une ardeur désagréable dans le rectum. J. B.

Recherches expérimentales sur l'action antifermentative et microbicide de l'antipyrine, par CAZENEUVE et VISBECK (*Lyon méd.*, 31 *janvier* 1892).

Les auteurs ont étudié l'action de l'antipyrine sur diverses fermentations, et les résultats qu'ils ont obtenus peuvent avoir des applications cliniques importantes.

L'antipyrine à très faibles doses ralentit la fermentation alcoolique, lactique, ammoniacale des urines. Mêlée au sang en proportion de 1 0/0, elle retarde indéfiniment la putréfaction.

Sur les ferments solubles elle agit d'une façon remarquable ; à 30 0/0 elle empêche la saccharification diastasique, elle retarde l'action dédoublante de la synastase des amandes vis-à-vis de l'amygdaline. A la dose de 0.50 0/0 elle ralentit la liquéfaction de la fibrine par la pepsine; à 40 0/0 l'action de la pepsine est enrayée. A. CARTAZ.

I. — Effets physiologiques et toxiques du nickel carbonyle, par HANRIOT et Ch. RICHET.

II. — Action sur les gaz du sang, par P. LANGLOIS (*C. R. de la Société de biologie*, *p.* 185, 14 *mars* 1891, *et p.* 212, 21 *mars* 1891).

I. — Le nickel carbonyle est un composé de nickel et d'oxyde de carbone $Ni(CO)_4$, liquide, volatil à 40°. Injecté dans le sang il ne s'y décompose pas immédiatement. Une dose forte (15 à 20 centig. pour un lapin) provoque une mort foudroyante. Sa vapeur produit des maux de tête très pénibles.

II. — L'oxygène de l'hémoglobine est déplacé par le nickel carbonyle. Il est probable que la molécule de nickel carbonyle se combine directement avec l'hémoglobine. DASTRE.

Recherches sur les effets physiologiques de la triméthylamine, par COMBEMALE et BRUNELLE (*C. R. de la Soc. de biologie*, 14 *mars* 1891).

L'effet immédiat est constamment l'hypersécrétion de la salive qui devient très alcaline. Il y a albuminurie pendant les jours qui suivent. Sous la peau en solution de titre inférieur à 1 0/0, la triméthylamine produit des escarres. Il y a hypothermie pour les doses de 3 centigrammes par kilo d'animal, au titre de 1 pour 200, en injection hypodermique.

Il y a accélération du cœur pour les doses supérieures à 2 centigrammes par kilo. DASTRE.

Sur l'action physiologique des combinaisons de l'iode, par L. LAPICQUE (*C. R. de la Soc. de biol.*, *p.* 108, 1892).

On sait que les iodures, l'iode libre, les iodates, l'iodoforme, les combinaisons diverses de l'iode ont une action physiologique semblable : d'où l'opinion que ces corps agissent par leur iode libre.

Les iodates sont réduits dans l'organisme. Un chien ayant reçu dans la saphène 50 centigrammes d'iodate de soude en solution à 5 0/0 donne une urine qui au bout de 3 minutes contient de l'iodate, au bout de 5 minutes un mélange d'iodate et d'iodure, beaucoup d'iodure entre 5 et 10 minutes.

L'auteur reprend la comparaison des phénomènes physiologiques pro-

duits par les injections intra-veineuses soit d'iodure, soit d'iode, soit d'iodate, et observés par Boehm et Binz. Il conclut que l'activité toxique de la substance injectée dans les veines varie comme s'il y avait décomposition de la combinaison iodée dans l'organisme. L'iodate de soude ou de potasse à la dose de 10 centigrammes par kilo d'animal et l'iode libre dissous dans un iodure alcalin produisent des effets identiques sur les battements du cœur (accélération), sur la pression sanguine (baisse considérable et durable, après élévation passagère possible). Les différences avec les iodures portent sur la dose et sur le temps nécessaire à l'apparition des phénomènes. On retrouve le parallélisme entre l'activité de la combinaison iodée et la facilité avec laquelle elle peut céder à l'organisme son atome iode. DASTRE.

Étude thérapeutique sur la métacétine, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 10, *p.* 715, 1891).

La métacétine ou acéto-para-anisidine est un antipyrétique puissant, qui, à la dose de 20 centigrammes, répétés au besoin au bout d'une heure, abaisse la température de plusieurs degrés. Elle agit favorablement et rapidement dans le rhumatisme articulaire; mais à ce point de vue elle est inférieure au salicylate de soude.

La métacétine peut être comparée à l'antipyrine, qui n'est pas aussi bien tolérée par l'estomac, et à la phénacétine, dont elle se rapproche le plus. Elle est supérieure à l'antifébrine et à la kairine, dont elle ne possède pas les propriétés toxiques.

25 centigrammes de métacétine correspondent à 50 centigrammes de phénacétine et à 1 gramme d'antipyrine. LEFLAIVE.

Ueber den Einfluss alkoolischer Getränke auf das Harnsediment des normalen Menschen (L'influence de l'alcool sur les sédiments urinaires), par K. GLASER (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, *p.* 1193, 1891).

Les expériences de l'auteur ont porté sur 106 sujets absolument sains, de 20 à 30 ans, et sur quelques alcooliques. Immédiatement après l'ingestion de liquides alcooliques (c'est la bière qui a été choisie), l'urine devient claire, incolore, et la densité peut s'abaisser jusqu'à 1003; mais au bout de six ou sept heures la coloration et la densité redeviennent normales.

On a trouvé dix fois des cristaux d'acide urique, qui avaient totalement ou presque totalement disparu au bout de vingt-quatre heures. L'oxalate de chaux s'est montré douze fois, pour disparaître dans les vingt-quatre heures.

Les leucocytes ont été trente-trois fois considérablement multipliés; au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, ils revenaient au chiffre normal. Ils se sont montrés parfois en si grand nombre qu'on aurait pu croire à de la suppuration.

Presque toujours (25 fois) la production de cylindres hyalins et de cylindroïdes a accompagné l'augmentation des leucocytes, cela surtout chez d'anciens alcooliques.

Jamais d'albumine. L. GALLIARD.

Die Wirkung der Sublimats auf Milzbrandsporen (L'action du sublimé sur les spores charbonneuses), par GEPPERT (*Deutsche med. Woch., n° 37, p.* 1065, 1891).

Un séjour relativement court des spores du charbon dans la solution de sublimé rend ces spores stériles. Mais leur mort n'est qu'apparente. En effet, si l'on précipite le mercure, à l'aide du sulfure d'ammonium par exemple, les spores recouvrent leur vitalité et se cultivent de nouveau.

On peut les faire passer par 4 stades différents : 1° elles se développent dans l'organisme animal, mais les cultures dans les milieux habituels restent stériles; 2° elles infectent les animaux et se cultivent; 3° elles n'infectent plus l'organisme animal, mais fournissent encore des cultures (pour obtenir ce degré d'atténuation de la virulence, il faut un séjour de 20 heures dans une solution de sublimé à 1/1000); elles ne produisent plus ni culture ni infection chez les animaux.

L'auteur pense que les désinfectants en général ne tuent pas, à proprement parler, les bactéries. On ne peut jamais savoir si celles-ci sont mortes en réalité. Même quand elles ne produisent plus ni cultures ni infection des animaux, on ne peut affirmer qu'elles soient mortes.

L. GALLIARD.

Variations de la capacité respiratoire du sang. Applications thérapeutiques. Antidote du saturnisme, de l'hydrargyrisme, par PEYRON (*Thèse de Paris*, 1891, *et C. R. de la Soc. biol., p.* 835, 1891).

La capacité respiratoire du sang s'abaisse sous diverses influences, misère physiologique, hémorragies. Les sels de plomb la diminuent considérablement; le fer la relève.

Le sulfure de sodium s'est montré le meilleur antidote des sels de plomb. Deux chiens reçoivent, de deux jours l'un, 25 centigrammes de céruse. L'un d'eux, dans le jour intercalaire, prend 25 centigrammes de sulfure de sodium. Celui-ci ne souffre pas et engraisse. L'autre a les coliques de plomb et meurt. Le sulfure de sodium serait de même un contrepoison du sublimé et de l'acide arsénieux. DASTRE.

Ein Fall von Vergiftung mit concentrizter Carbolsäure bei einem Kinde (Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique pur chez un enfant), par CZYGAN (*Therapeutische Monatshefte, n°* 5, *mai* 1891).

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans, qui absorba par inadvertance une cuillerée à bouche d'acide phénique liquide pur. Après des accidents graves, il guérit.

Il faut noter que l'enfant avait absorbé immédiatement après une tasse de cacao et un verre d'eau, mais l'issue heureuse paraît devoir être attribuée à une autre cause. Sur 12 cas d'intoxication par absorption buccale d'acide phénique réunis par l'auteur, dans 7 cas on ne pratiqua pas de lavage, dans 5 cas on fit immédiatement un copieux lavage. Les 7 premiers cas se terminèrent par la mort, les 5 derniers par la guérison. Le lavage doit être abondant et on doit évacuer avec soin l'estomac, l'acide phénique étant rapidement absorbé. On a vu survenir la mort après un lavage avec une solution phéniquée à 4 0/0. PAUL TISSIER.

Eine Vergiftung durch Dinitrobenzol, par Johannes SEITZ (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 21, *p.* 658, 1er *novembre* 1891).

Un élève du laboratoire de chimie, en train de préparer de la dinitrobenzine, eut l'idée, pour accélérer la fin de ses manipulations, de répandre de l'alcool bouillant sur le corps encor impur. Il se trouva ainsi exposé à un abondant dégagement de vapeurs contenant, outre la binitrobenzine, une certaine quantité de nitrobenzine (décelée à l'analyse faite ultérieurement).

Immédiatement, teinte plombée, gris bleu, de tous les téguments et des muqueuses. Au bout d'une demi-heure, céphalée qui va croissant, jusqu'à lipothymies, malaise et prostration extrêmes, nausées, agitation, sueurs; peau inerte à toutes les excitations; engourdissement et fourmillements remontant des pieds aux bras; sensation de brûlure dans l'estomac. Au bout de quatre heures, vomissements. Amélioration à partir de la septième heure. Au bout de vingt-quatre heures, cyanose à peu près disparue, mais le troisième jour il y a encore de la lassitude, et le huitième, de la difficulté à rassembler les idées.

Le sang, très foncé, n'a rien présenté d'anormal sous le microscope. L'urine ne renfermait ni sucre, ni albumine, ni matière colorante biliaire, ni nitrobenzine. Ni l'urine, ni l'haleine, ni les matières vomies n'avaient l'odeur d'amandes amères (*R. S. M.*, XXXVII, 477). J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement climatérique de la phtisie pulmonaire, par J. A. LINDSAY, traduit et annoté par F. LALESQUE (*In*-8°, *Paris*, 1892).

L'ouvrage de Lindsay a le mérite de présenter nettement la question de la climathérapie, telle qu'on doit la comprendre. Le climat ne suffit pas à guérir; il faut, après un choix judicieux, l'adaptation à ce climat, le changement de vie, d'habitude, l'hygiène en un mot, qui varie suivant les régions et les latitudes. C'est pour ne pas céder à ces nécessités que l'on voit si souvent inefficaces ou même dangereux les séjours dans les sanatoria. Lindsay a visité la plupart des stations des deux mondes, et il parle en connaissance de cause des avantages ou des inconvénients de telle ou telle résidence. Il accorde un certain avantage aux voyages sur mer; peu de malades sont disposés cependant à affronter les fatigues de longues traversées; en tout cas il faut choisir les sujets atteints de lésions très peu avancées, encore vigoureux. Lindsay passe successivement en revue les sanatoria de montagne, de la Suisse, du Mexique, des Indes; ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la Californie, du Cap, de l'Algérie, enfin de l'Europe. Il est peut-être un peu trop réservé sur les stations méridionales de la France, plus à portée même pour les Anglais que les sanatoria de l'autre monde. Le traducteur, Lalesque, a complété par des annotations les points omis par l'auteur et a rectifié, chemin faisant, de légères erreurs. A. CARTAZ.

Ueber Sauerstofftherapie nach eigene Methode (Emploi thérapeutique de l'oxygène par une méthode nouvelle), par Franz NEUMANN (*Therapeutische Monatshefte*, *n°* 10, *octobre* 1891).

Le procédé de Neumann consiste à élever la proportion d'oxygène de l'air et à faire respirer le mélange sous pression supérieure à la pression atmosphérique. Le pouls, d'abord fréquent, se ralentit, et ce ralentissement persiste souvent plusieurs heures; pas de troubles céphaliques, pas de palpitations. Après les inhalations, il y a souvent tendance au sommeil.

Les inhalations d'oxygène par la méthode de Neumann réussissent surtout bien dans les anémies intenses et dans la convalescence des pleurésies. Dans la phtisie, employées concurremment avec la tuberculine, elles suppriment la réaction fébrile; elles y sont utiles ainsi que dans le diabète. PAUL TISSIER.

Ueber die Anwendung von Guajacolcarbonat bei Tuberculose, par Richard SEIFERT et Fritz HŒLSCHER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 51, *p.* 1195, 14 *décembre* 1891).

Seifert et Hoelscher ont administré à plus de soixante phtisiques le carbonate de gaïacol, auquel ils attribuent les avantages suivants sur la créosote et le gaïacol. C'est un corps chimiquement pur, de composition fixe et cristallisé. Il est inodore, insapide, n'irritant pas les muqueuses.

On débute par la dose de 20 ou de 50 centigrammes, et on arrive progressivement à en faire prendre 6 grammes par jour.

Le premier et le plus constant effet de cette médication est le réveil de l'appétit, rapidement suivi de l'augmentation de poids du corps et de l'amélioration de l'état général. Peu à peu la toux diminue, l'expectoration devient plus facile, moins abondante et change d'aspect. Du côté des signes physiques, on note une amélioration correspondante. (*R. S. M.*, XXXVIII, 100.) J. B.

Traitement de la tuberculose par l'air comprimé chargé de vapeurs médicamenteuses, par SIEFFERMANN (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *septembre* 1891).

Sieffermann emploie dans ce but l'appareil pneumatique de Waldenburg dans lequel on fait arriver de l'air comprimé additionné de vapeurs de créosote et d'eucalyptol. Il a obtenu de bons résultats de cette méthode, notamment chez deux tuberculeux toussant et crachant beaucoup, qui, au bout de deux mois d'inhalations ne toussaient presque plus, et qui accusaient au spiromètre un accroissement de 1,300 à 3,500 centimètres cubes. Chez une seconde malade, la capacité respiratoire avait passé de 1,200 à 1,600 centimètres cubes. H. R.

I. — Behandlung der Tuberculose durch Einreibung von grauer Quecksilbersalbe (Traitement de la phtisie pulmonaire par les frictions d'onguent gris), par STRISOWER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 551, 1er *juin* 1891).

II. — Même sujet, par O. LASSAR (*Ibidem*, *n°* 23, *p.* 575, 8 *juin*).

I. — S'appuyant sur les expériences de Kubassow, depuis 3 ans, Strisower recourt, avec des résultats très satisfaisants, aux onctions

d'onguent gris pour traiter la tuberculose. Sous l'influence de cette médication, qui naturellement ne peut être appliquée que dans les deux premières périodes de la maladie, la toux diminue, cesse même complètement parfois; les crachats purulents deviennent muqueux, puis diminuent; l'appétit s'améliore, les sueurs cessent, les bacilles diminuent ou disparaissent. Les signes physiques subissent une amélioration correspondante et la température redevient normale.

Strisower pratique deux frictions quotidiennes, l'une en avant, l'autre en arrière de la poitrine, avec 2 grammes d'onguent gris chacune. Après quatre frictions, il fait prendre un bain chaud.

Les malades supportent très aisément ces onctions mercurielles. Il en est qui ont reçu ainsi 180 grammes de pommade sans éprouver de salivation. Du reste, en cas de stomatite, Strisower interrompt le traitement pendant quelques jours.

II. — Lassar rappelle combien le traitement mercuriel donne de mauvais résultats chez les syphilitiques atteints de tuberculose. Dans le cours de l'année dernière, il a vu 3 syphilitiques avoir des hémoptysies foudroyantes et une aggravation considérable de leur tuberculose jusque-là plus ou moins latente, après qu'on eût institué le traitement spécifique. J. B.

Traitement du pyopneumothorax tuberculeux par la pleurotomie, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôpitaux,* 13 *novembre* 1891).

Un homme de 28 ans présente, depuis une quinzaine de jours, les signes d'une congestion fébrile pleuro-pulmonaire avec pleurite diaphragmatique gauche, quand soudain (26 juin) survient une grande augmentation de la dyspnée avec violent point de côté, et tous les signes d'un hydro-pneumothorax. Le 7 juillet, on retire 600 grammes de liquide séro-purulent et on lave la plaie avec de l'eau naphtolée; le pus ne contenait pas de bacilles, mais son inoculation aux animaux donne des résultats positifs. Le 23 juillet, puis le 13 août, deux nouvelles ponctions; la fièvre, qui avait toujours été vive depuis le début de l'affection, tombe vers le 22 août, l'état général s'améliore, mais l'épanchement reste considérable et le cœur est déplacé. Le 30 août, on pratique la pleurotomie, qui donne issue à deux litres de pus; la fièvre diminue peu à peu, puis, après quelques retours offensifs, disparaît le 20 octobre; à cette date, la suppuration est minime, mais il persiste une fistule qui donne issue à l'air, au moment des quintes de toux; au mois de septembre suivant, la fistule existe encore, les sommets des poumons sont en bon état.

Merklen admet que la pleurotomie ne doit être tentée que : 1° si les lésions pulmonaires sont peu profondes, peu étendues ; 2° si le pyopneumothorax est récent.

Rendu a pratiqué deux fois la pleurotomie chez des tuberculeux ; pour le premier cas, il a obtenu une survie de six mois, après une amélioration très nette pendant les trois premiers mois ; dans le second cas, le malade fut pris, 48 heures après l'opération, d'une congestion pulmonaire suraiguë dans le poumon du côté opposé à l'épanchement, qui avait semblé indemne de tuberculose, et rapidement enlevé. La grosse contre-indication à l'intervention chirurgicale, c'est l'état du poumon opposé; or, il est très difficile d'affirmer son intégrité; des poumons, farcis de tubercules, peuvent respirer d'une manière normale.

Richardière a pratiqué l'opération chez un tuberculeux dans des con-

ditions générales mauvaises ; il a eu une amélioration rapide, et cinq ans après le malade était en bon état, pouvant travailler, quoique porteur d'une fistule pleurale que n'avait pu guérir l'opération d'Estlander.

H. L.

Hydrastis canadensis gegen die Schweisse der Phthisiker (L'hydrastis comme antisudorifique chez les phtisiques), par **CRUSE** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n.* 22, *p.* 552, 1er *juin* 1891).

Cruse a prescrit avec succès l'hydrastis contre les hémoptysies tuberculeuses. Ayant remarqué que les malades ainsi traités étaient en même temps délivrés de leurs sueurs nocturnes, il eut l'idée, chez plusieurs autres phtisiques, de prescrire ce médicament comme antisudorifique; les résultats furent excellents. La dose est de trente gouttes d'extrait fluide qu'on administre le soir. J. B.

Du traitement de la pneumonie, par Georges BALFOUR (*The Edinburg med. j.*, *p.* 393, *novembre* 1891).

Dans la pneumonie, l'auteur a toujours donné du chloral dissous dans une infusion de digitale, la dose du chloral et de la digitale variant avec l'âge du patient. Pour un adulte une première dose de 20 grains de chloral dans une demi-once d'infusion de digitale ; la seconde dose étant de 10 grains de chloral dans une demi-once d'infusion de digitale toutes les 4 heures, à continuer jusqu'à ce que la température soit tombée à la normale; à ce moment substituer un tonique approprié.

Après la première dose, si celle-ci est de 20 grains, ou bien après la deuxième ou la troisième, si l'on a commencé par 10 grains, la douleur et la toux cessent, le patient dort toute la nuit; l'expectoration visqueuse cesse ou tout au moins perd ses caractères, devient plus facile, plus limpide ; le pouls se relève, la température tombe ; l'affection est jugulée et peu à peu le malade entre en convalescence.

Un cataplasme thoracique est un heureux adjuvant, qui peut cependant être avantageusement remplacé par un enveloppement d'ouate.

F. VERCHÈRE.

Sur une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie en imminence de suppuration, par LÉPINE (*Semaine méd.*, 27 *février* 1892).

Lépine a appliqué la méthode de Fochier (Voy. *R. S. M.*, XXXIX, 267) à un cas de pneumonie grave, suppurée, dans les conditions les plus fâcheuses. Le malade, âgé de 36 ans, était au douzième jour d'une pneumonie totale droite, avec congestion intense à gauche, crachats suppurés, température de 40°,5, sans modification par la saignée, la digitaline.

Lépine fait pratiquer sous la peau, aux quatre membres, des injections d'un centimètre cube d'essence de térébenthine. Apparition, les jours suivants, d'abcès locaux, mais chute progressive de la température et résolution de la pneumonie. Le malade a guéri. A. C.

Le siphon avec la pleurotomie dans le traitement du pyothorax, par A.-M. ARCHAVSKI (*Revue médic. Suisse romande*, *XI*, 318, 369 *et* 441, *juin, juillet et août* 1891).

Mémoire appuyé sur la relation de 17 observations. Archavski en conclut :

Le siphon de Revilliod (dont on trouvera la description détaillée dans ce travail) combiné à la pleurotomie antiseptique constitue le traitement le plus rationnel de la pleurésie purulente. Il réunit tous les avantages de la pleurotomie antiseptique. Il a en même temps les avantages du siphon qui sont : 1° le libre écoulement, par aspiration permanente, des néo-membranes et du liquide sécrété par la plèvre ; 2° l'évacuation de l'air; 3° la décompression du poumon, qui lui permet de se mettre le plus tôt possible dans les conditions normales ; 4° le transport du pus dans un récipient, en dehors du pansement; d'où, par conséquent, soustraction de la paroi thoracique à l'action irritante du liquide purulent qui imbibe le pansement dans la pleurotomie simple, sans siphon; 5° la facilité d'enlever la quantité de liquide sécrété journellement par la plèvre, ce qui permet de suivre pas à pas la réduction du volume de la poche purulente; 6° de prévenir la nécessité de l'opération de de Cérenville et d'Estlaender (résection de côtes).

Le siphon peut être aussi appliqué au traitement des grandes collections purulentes autres que celles de la cavité pleurale, telles que les kystes hydatiques du foie. J. B.

Traitement de l'influenza par la créoline, par RABENER (*Aerzt. Cent. Anzeiger, 10 janvier* 1892).

L'auteur a administré la créoline dans la grippe à la dose de 3, 12 et même 25 pilules contenant chacune un centigramme de créoline associée au baume de tolu; il ajoute des inhalations d'eau additionnée d'une solution à 10 0/0. Chez 291 malades traités ainsi il a obtenu les meilleurs résultats et considère ce médicament comme un véritable spécifique. A. C.

Du traitement des pneumonies grippales, par HUCHARD (*Bull. méd.,* 14 *février* 1892).

Après avoir montré que les pneumonies d'origine grippale peuvent affecter les formes les plus variés, Huchard insiste sur l'importance qu'il y a à traiter non pas tant la pneumonie que l'organe compensateur, le cœur. Aussi donne-t-il, dès les premiers symptômes, la digitaline (20 à 40 gouttes d'une solution au millième), concurremment avec le régime lacté. Suivant les manifestations, il ajoute les injections d'éther ou de camphre (adynamie, prostration), les préparations de kola ; il y a lieu de surveiller en même temps l'antisepsie intestinale au moyen du salol ou mieux du benzonaphtol. Si l'adynamie est trop marquée, Huchard a recours à la strychnine en injections sous-cutanées. A. CARTAZ.

Zur Therapie des Lungenbrandes (Traitement de la gangrène pulmonaire), par HEWELKE (*Deutsche med. Woch., n°* 40, *p.* 1130, 1891).

L'auteur traite la gangrène pulmonaire par les injections intraparenchymateuses de solution aqueuse de menthol à 2 0/0, ou alcoolique de thymol à 1/200 ou 1/300. Pour pénétrer dans les cavernes il emploie une forte aiguille qui mesure de 5 à 7 centimètres de longueur ; dès que le liquide y est injecté, les patients ont une quinte de toux suivie d'expectoration abondante; ils rejettent parfois du sang pendant quelques mi-

nutes. La douleur n'est jamais négligeable : aussi les malades ne peuvent-ils s'habituer à l'opération ; quelques-uns la redoutent au plus haut point. Ils accusent très rapidement une saveur spéciale, bien que la quantité de liquide injectée ne soit que de 2 centimètres cubes.

L'auteur envisage, à côté de l'action antiseptique locale sur les tissus gangrenés, l'avantage qu'il y a pour les malades à vider les cavernes et à exciter le parenchyme de façon à provoquer le développement du tissu cicatriciel.

Dans les 4 cas qu'il publie, les résultats semblent satisfaisants.

L. GALLIARD.

Ueber die Behandlung des Keuchhustens (coqueluche) mit Chinin, par UNGAR (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, *p.* 615, 1891).

L'auteur a obtenu, dans la coqueluche, quelques guérisons rapides par le chlorhydrate de quinine. En général il voit au bout de 3 à 6 jours les quintes diminuer d'intensité et devenir moins fréquentes, les vomissements cesser; le caractère de la maladie se modifie favorablement. Vers le quinzième jour on ne constate plus guère le sifflement et les spasmes. Rarement on a des complications pulmonaires.

La dose employée a été de 0,50 centigrammes en 24 heures pour un enfant de 18 mois; de 0,90 centigrammes pour un enfant de 3 ans.

L. GALLIARD.

Ueber eine Reflexerscheinung des Trigeminus und ihre therapeutische Verwerthung (Un réflexe du trijumeau, son usage en thérapeutique), par L. KÜRT (*Wien. med. Presse*, n° 21, *p.* 824, 1891).

Chez un enfant de 6 ans atteint de coqueluche, l'auteur a réussi à calmer les accès en excitant mécaniquement la conjonctive ou la muqueuse nasale. Ce succès l'a conduit à appliquer son procédé thérapeutique à 13 cas de coqueluche. Les résultats ont été satisfaisants : les quintes ont été atténuées et parfois la maladie a été rapidement enrayée. La méthode est applicable à toutes les affections spasmodiques, mais plus spécialement au spasme de la glotte.

L'auteur se sert en général des barbes d'une plume d'oie, chargées d'un mélange de quinine et de sucre ou d'antipyrine et de sucre qu'il introduit dans les fosses nasales.

L. GALLIARD.

Whooping-cough treated with ouabaine (Coqueluche traitée par l'ouabaïne), par PORTEOUS (*N. York med. Journ.*, *p.* 345, 26 *septembre* 1891).

A l'exemple de Gemmell, l'auteur a traité la coqueluche par l'ouabaïne dans 3 cas. Chez un enfant de 15 mois, il a prescrit 1/4000 de grain toutes les trois heures; dès le second jour le cri a disparu et, à la fin de la semaine, la toux a cessé complètement. Même résultat avec une dose de 1/2000 de grain toutes les trois heures chez un enfant de 4 ans et avec une dose de 1/500 de grain chez un homme de 45 ans (guérison en huit jours).

L'action du médicament n'est pas cumulative. Il ralentit le pouls et la respiration et abaisse la température; il augmente la quantité d'urine, comme le strophantus.

Le jus de l'ouabaïo est employé à titre de poison, comme le strophantus, par les Somalis de l'Est de l'Afrique. L. GALLIARD.

Étude expérimentale de la révulsion, par A. BESSON (*Thèse de Lyon*, 1892, *et C. R. Soc. de biol.*, 3 *mars* 1892).

Au point de vue de leur action sur le cœur et la circulation, les révulsifs doivent être divisés en deux classes : ceux qui agissent rapidement et énergiquement (sinapismes, pointes de feu), et ceux qui agissent lentement et faiblement (vésicatoires). Les révulsifs énergiques amènent un abaissement de la pression artérielle, en même temps qu'une élèvation de la pression veineuse ; ces modifications sont dues, d'une part à une vaso-dilatation généralisée, d'autre part à une action directe sur le cœur, dont les battements sont ralentis ; les révulsifs faibles et lents élèvent la pression artérielle en produisant la vaso-constriction des artérioles, et en agissant directement sur le cœur pour produire une accélération durable de ses battements.

Les révulsifs énergiques élèvent la température périphérique, et abaissent la température centrale ; les révulsifs faibles élèvent la température centrale.

Les excitations cutanées, même légères, augmentent les échanges nutritifs ; sous l'influence d'un sinapisme, les quantités de CO^2 produit et d'O consommé s'élèvent notablement; le sucre du sang diminue.

Les actions localisées à distance ne semblent pas exister aussi fréquemment qu'on le croit généralement : l'application d'un révulsif anémie l'articulation, les muscles sous-jacents aux téguments, mais ne peut agir sur un viscère profond, le poumon par exemple ; tout au plus, les révulsifs énergiques, abaissant la pression artérielle, et par conséquent la pression dans le cœur gauche, pourront-ils combattre la congestion de cet organe ; les révulsifs faibles et lents (vésicatoires) agiront en sens inverse.

De cette étude, il résulte que les révulsifs lents, les vésicatoires, employés si fréquemment, trouvent rarement une indication rationnelle ; au contraire, il y aura souvent lieu d'utiliser les révulsifs rapides et énergiques : encore faut-il, le plus souvent, leur demander une action générale, et non en attendre des modifications localisées à tel ou tel viscère. MAUBRAC.

De l'emploi de l'iodoforme dans la méningite cérébro-spinale, par S. LEVITSKY (*Meditzinskoié Obozrenié*, n° 11, *p.* 1009, 1891).

Levitsky cite le cas d'une femme de 50 ans qui, après avoir souffert pendant deux ans de douleurs à la nuque, fut prise soudainement de céphalée, de rachialgie atroce avec opisthotonos, contractions des membres, et tout le cortège symptomatique de la méningite cérébro-spinale. Insuccès de l'iodure et du bromure de potassium, ainsi que des révulsifs, pendant 15 jours. L'iodoforme est administré à l'intérieur, à la dose de 18 centigrammes, trois fois par jour en pilules. Amélioration très manifeste et guérison en trois semaines. H. R.

Traitement de la diphtérie pharyngée, par BRANDENBERG (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 24, *p.* 781, 15 *décembre* 1891).

Brandenberg préconise contre l'angine diphtéritique un traitement

combiné par l'iodoforme et l'iode. La poudre d'iodoforme est appliquée en couche mince, une fois par jour, à l'aide d'un pulvérisateur. On fait également un badigeonnage quotidien avec un mélange à parties égales de teinture d'iode, d'alcool et d'eau distillée. La solution alcoolique agit plus énergiquement que l'iode glycériné. J. B.

Ueber die Wirkung des Syzygium jambolanum, par C. POSNER et H. EPENSTEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 38, *p.* 942, 21 *septembre* 1891).

Posner et Epenstein relatent trois observations de diabète qui montrent une action thérapeutique évidente du jambul administré aux doses, progressivement constantes, de 12 à 30 grammes de semences pulvérisées, par jour (*R. S. M.*, XXXV, 541, XXXVI, 494 et XXXVIII, 106.) J. B.

Pathogénie et traitement du diabète, par SENATOR (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 660, 29 *juin* 1891).

Senator croit que les altérations du pancréas jouent un grand rôle dans la genèse de beaucoup de cas de diabète.

L'acide phénique, préconisé par Ebstein (*R. S. M.* IV, 235; V, 664), lui a donné des succès et des insuccès. Senator est d'avis que, dans les formes graves, la suppression complète des aliments hydrocarbonés n'est pas possible. Il est grand partisan de l'administration de graisse et d'acides gras qui, non seulement apaisent le sentiment de faim, mais en outre remplacent en grande partie les substances hydrocarbonées.

Il a obtenu de très bons résultats du salicylate de soude. Quant à l'opium, déjà recommandé par Arétée, il vaut mieux lui substituer la codéine, préconisée par Pavy, qui est aussi efficace sans avoir les mêmes inconvénients que l'opium ou la morphine.

Dans un cas de coma, Senator a pratiqué infructueusement une transfusion de carbonate de soude. Dans plusieurs autres cas de coma, il a tout aussi vainement administré le bicarbonate de soude et les alcalis végétaux à des doses suffisantes pour neutraliser ou même alcaliniser un peu l'urine. J. B.

Weitere Mittheilungen ueber die Anwendung des Calomel bei Erkrankungen der Gallenwege (Emploi du calomel dans les affections des voies biliaires), par G. A. SACHARJIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 25, *p.* 604, 22 *juin* 1891).

A raison de ses nouvelles observations, Sacharjin (*R. S. M.*, XXIX, 71), étend maintenant les indications du calomel à tous les cas de lithiase biliaire ainsi qu'à ceux d'ictère catarrhal.

Relativement au diagnostic des calculs biliaires, il déclare que tous les malades, à de rares exceptions près, qui ont eu des accès de coliques hépatiques, présentent dans les intervalles une douleur continue, spontanée ou révélée par la pression, au niveau de la région de la vésicule biliaire. Il est des cas où cette douleur est le seul symptôme indiquant l'existence de calculs. J. B.

Chloride of ammonium in the treatment of hepatic diseases, par STEWART (*Lancet*, 26 *septembre* 1891).

Le chlorhydrate d'ammoniaque donnerait, d'après Stewart, de bons ré-

sultats dans le traitement des affections hépatiques, en particulier dans la congestion du foie et l'hépatite aiguë. Les cirrhoses dépendant de l'alcoolisme, des hépatites chroniques, des affections cardiaques, sont moins nettement modifiées. Le médicament n'est utile qu'au début, à la période de congestion simple. Dans le cas d'abcès du foie, les résultats seraient très favorables, et Stewart rapporte une observation d'abcès profond du foie qui aurait guéri en un mois par cette médication. La dose donnée est de 3 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque, pris en trois fois dans les 24 heures. Les sueurs abondantes provoquées souvent par le médicament ne sont nullement une cause d'affaiblissement et ne doivent pas faire suspendre son emploi. A.-F. PLICQUE.

De l'élimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde suivant les diverses méthodes de traitement, par ROQUE et WEILL (*Revue de médecine, septembre* 1891).

Dans la fièvre typhoïde abandonnée à elle-même, les produits toxiques fabriqués par le bacille et l'organisme s'éliminent en partie pendant la durée de la maladie. Le coefficient urotoxique est double du coefficient normal. Mais cette élimination est incomplète, aussi s'achève-t-elle pendant la convalescence, où l'hypertoxicité urinaire subsiste quatre ou cinq semaines après la cessation de la fièvre.

Dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, l'élimination des produits toxiques est énorme dans la période d'état de la maladie. Le coefficient urotoxique devient cinq ou six fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette hypertoxicité décroît à mesure que les symptômes généraux s'amendent et que la température diminue, si bien que lorsque l'apyrexie et la convalescence surviennent, l'élimination des toxiques est terminée et le coefficient redevient normal. Le bain froid est donc un traitement éliminateur. Il n'est nullement spécifique, ne gêne en rien la production des toxines, mais assure leur expulsion au fur et à mesure de leur production.

Dans la fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, l'élimination des produits toxiques est nulle tant que durent la maladie et l'usage du médicament : les coefficients sont même tombés au-dessous de la normale. Mais dans le cours de la convalescence, la décharge des toxiques se fait brusquement à dose massive pendant une durée de cinq à sept jours.

L'antipyrine n'est donc pas un antiseptique. Elle ne s'oppose pas à la fabrication des substances toxiques, mais empêche leur élimination.

C. GIRAUDEAU.

I. — Bleichsucht und Aderlass (Traitement de la chlorose par les saignées), par A. WILHELMI (*Guestrow*, 1890).

II. — Die Behandlung der Bleichsucht mit Schwitzbädern und Aderlässen (Traitement de la chlorose par les bains de vapeur et les saignées), par Friedr. SCHOLZ (*Leipzig* 1890 ; *Berlin. klin. Wochenschrift, p.* 233, 2 *mars* 1891).

I. — Déjà Dyes, il y a quelques années, avait affirmé les bons effets des petites saignées sur la chlorose et les formes d'anémie qui s'en rapprochent ; mais son assertion, en contradiction avec les théories scien-

tifiques régnantes, avait passé inaperçue. Coup sur coup, Wilhelmi, puis Scholz viennent de reprendre la question.

Wilhelmi a eu recours à de petites émissions sanguines dans une trentaine de cas d'anémie grave, dont la plupart rentraient dans la chlorose. Ce traitement eut pour résultat, dans beaucoup de cas, de faire cesser immédiatement les troubles morbides et d'amener ensuite une guérison durable; dans d'autres cas, l'amélioration fut plus lente ou interrompue par une rechute et la saignée dut être répétée au bout de quatre à huit semaines. Les effets de cette médication portèrent surtout sur la sensation de froid, l'insomnie, l'inappétence, les maux de tête, les étourdissements, etc.; le pouls se releva et le poids du corps augmenta. Chez une partie des malades, on constata avec l'instrument de Hénocque une augmentation de l'hémoglobine.

Wilhelmi attache une importance spéciale aux sueurs qui suivent la phlébotomie et il conseille de les exciter au moyen de couvertures et de boissons chaudes. La saignée est généralement de 80 à 100 centimètres cubes, et les malades doivent garder le lit le jour où on la pratique.

II. — Les résultats de Wilhelmi sont confirmés par ceux que Scholz a obtenus également dans une trentaine de cas de chlorose grave. D'autre part, il a eu également des succès dans 200 cas de chlorose traités par les bains de vapeur. Lorsqu'on combine les deux médications, cela dispense de répéter la saignée.

Scholz rappelle que la nature pléthorique de la chlorose et la nécessité d'un traitement déplétoire sont des idées anciennes de Boerhave et d'Hoffmann, que Emmerich a reproduites dans sa thèse de 1731. J. B.

Ueber das Methylenblau als Antineuralgicum, par IMMERWAHR (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 1147, 1891).

L'auteur a prescrit le bleu de méthylène (bleu médicinal) à la dose de 10 à 30 centigrammes trois fois par jour : insuccès absolu dans six cas de névralgie sciatique unilatérale. Au contraire, dans deux cas de névralgie trifaciale, il a suffi de dix doses de dix centigrammes pour obtenir la guérison définitive. Même succès dans trois cas de migraine angiospastique.

Chez plusieurs malades atteints de céphalalgie purement nerveuse ou de céphalée consécutive à des excès alcooliques, une dose de 10 centigrammes a pleinement réussi, en l'espace d'une heure.

Deux sujets affectés de zona ont été rapidement soulagés.

Enfin les douleurs du rhumatisme musculaire ont été calmées en 24 heures chez un malade. L. GALLIARD.

Amyl nitrite as an antidote to chloroform, par BURRALL (*New York med. record*, p. 399, 4 avril 1891).

Depuis 1870 l'auteur proclame que le véritable remède dans les accidents du chloroforme est le nitrite d'amyle à la dose de 5 à 10 gouttes soit en inhalation, soit en piqûre hypodermique à la condition d'agir vite. Il rapporte onze faits nouveaux où par ce moyen on ranime définitivement des patients en syncope. P. DUFLOCQ.

Zur Frage der Milzbrandbehandlung (Traitement du charbon, expériences), par NISSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 53, *p.* 1425, 1891).

On a proposé de prévenir l'infection charbonneuse en excisant la pustule maligne. Au moment où le médecin est autorisé à diagnostiquer, par les signes extérieurs, le charbon, les germes sont-ils encore à portée du bistouri ou n'ont-ils pas été emportés déjà loin du point d'inoculation dans les voies lymphatiques et sanguines ? C'est ce que l'auteur a recherché dans ses expériences.

Il inocule le charbon à des lapins en piquant soit le bout de l'oreille, soit l'extrémité d'un membre, puis il ampute ces parties au bout d'un temps variable ; quand l'amputation a lieu après trois quarts d'heure, l'animal survit généralement ; au bout de deux heures, l'amputation n'a plus aucun effet, elle n'empêche pas la mort de l'animal.

La lenteur de la progression des bacilles charbonneux donne à penser que ces éléments sont charriés non pas dans les vaisseaux sanguins, mais dans les lymphatiques. L'auteur, ayant injecté sous la peau des lapins, au niveau des membres postérieurs, des cultures, démontre la présence des bacilles dans les ganglions lymphatiques correspondants (le long des vaisseaux iliaques) au bout d'une heure et demie. Quand les cultures sont introduites sous la peau par friction, le résultat n'est obtenu qu'au bout de trois ou quatre heures. Mêmes effets lorsque l'auteur choisit l'oreille ou les membres antérieurs comme points d'inoculation. Donc l'amputation serait inutile quelques heures après l'inoculation.

En appliquant ces résultats à l'homme, on peut affirmer que l'excision de la pustule maligne n'empêchera pas la généralisation de l'infection. Cette opération ne diminuera pas davantage la gravité de l'infection, car, au voisinage de la porte d'entrée, les germes ne se multiplient pas plus que dans le reste de l'économie.

D'autre part, l'auteur a recherché si la ligature des membres arrêtait la marche des bacilles du charbon. Il a inoculé le virus à des lapins au niveau de l'extrémité d'un membre, puis lié à la racine ; au bout de trois ou quatre heures, cautérisation de la plaie et suppression de la ligature. Les animaux ont survécu. Que si au contraire il détachait la ligature sans cautériser ou s'il cautérisait sans lier, les lapins succombaient.

L. GALLIARD.

Erysipelbehandlung nach Lücke (Traitement de l'érysipèle suivant la méthode de Lücke), par E. WINCKLER (*Wien. med. Wochenschr.*, *n°s* 46 *à* 48, 1891).

Cette méthode consiste à badigeonner quatre ou cinq fois par jour les parties malades avec de l'essence de térébenthine rectifiée et à les recouvrir ensuite d'ouate que l'on renouvelle à chaque badigeonnage. La cuisson, d'abord assez vive, s'atténue ensuite. Ce traitement abrège la maladie de deux ou trois jours. Bien qu'il ne cause pas d'albuminurie, il est contre-indiqué chez les albuminuriques.

L'essence de térébenthine doit ses propriétés antiseptiques à l'ozone qu'elle produit au contact de l'air et aux acides qui résultent de son oxydation. Elle est réellement absorbée par la surface cutanée malade sur laquelle on la dépose, car dès le premier badigeonnage les urines prennent une odeur de violette.

LEFLAIVE.

Trichinosis treated with arsenic, par MERRILL (*N. York med. journ.*, *p.* 320, 19 *septembre* 1891).

Ce cas de trichinose est resté absolument isolé. Il a été traité avec succès par l'arsenic.

Italien, âgé de 35 ans, admis le 27 mars, à l'hôpital de Ward's Island avec le diagnostic de syphilis. Or, on apprend que 3 semaines auparavant, ayant mangé du saucisson de Bologne, il a eu des symptômes d'indigestion ; dès lors, la diarrhée a persisté.

Dyspnée, sécheresse de la langue et de la gorge. Vomissements. Peau sèche, avec quelques pétéchies. Quelques râles de bronchite. Souffle systolique à la base du cœur. Rate normale. Les mouvements des membres sont pénibles ; les avant-bras ne peuvent s'étendre, car les biceps sont rigides, durs. Œdème des membres inférieurs ; gonflement des genoux ; abolition des réflexes rotuliens. Il n'y a pas de paraplégie, mais de l'incoordination. Urine rare.

Le 29 mars, on fait une incision linéaire sur le biceps, et l'examen d'un lambeau musculaire excisé montre des trichines à l'état adulte. On note que les masséters sont rigides.

Le 5 avril, gonflement des ganglions situés derrière le sterno-mastoïdien ; œdème de la main et du poignet. On commence le traitement par la liqueur de Fowler. Amélioration à partir du 11 avril.

Le 30 avril, le sujet quitte l'hôpital convalescent, non encore guéri.

L. GALLIARD.

Ueber Erfolge mit electrische Massage (Résultats du massage électrique), par MORDHORST (*Therap. Monats.*, *mai* 1891).

Le massage est plus puissant et plus actif avec une électrode (sans passage de courant) qu'avec la main ; il atteint toutes les parties molles et facilite la circulation du sang et de la lymphe. Il est moins pénible et permet l'utilisation d'un courant continu plus fort que l'electrisation galvanique ordinaire où les plaques restent fixes ; en outre le courant pénètre aussi plus profondément, il en résulte une dilatation immédiate des vaisseaux sanguins et lymphatiques et par suite une circulation plus active. En outre le massage facilite le passage du courant.

PAUL TISSIER.

HYGIÈNE

Die Lebens-und Sterblichkeitsverhaeltnisse im Preussischen Staate (Vitalité et mortalité de l'Etat prussien), par C. KŒHLER (*Vierteljahrss. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, 3e *série*, *I*, 314, *avril* 1891.)

Important travail de statistique démographique et nosographique dont nous ne pouvons extraire que quelques faits d'ordre plus spécialement médical ou général. La superficie de la Prusse est de 348,354. 3 kilomètres carrés avec une moyenne de 81,3 habitants par kilomètre carré ; on compte 103,8 femmes pour 100 hommes ; 62,72 0/0 de la population

habitent la campagne. — Tous les chiffres suivants portent sur la période de 13 ans, s'étendant de 1875 à 1887. La *natalité* moyenne est de 40,3 par 1,000 habitants; les provinces de Hanovre, de Schlesvig-Holstein et de Hesse-Nassau, annexées en 1866, ont un chiffre de naissances faible. Sur 100 naissances, on en compte en moyenne 7,48 d'illégitimes (9,11 dans les villes et 6,29 dans les campagnes); la natalité illégitime est plus nombreuse dans les districts protestants. La mortinatalité, qui diminue, est de 3,91 0/0 parmi les enfants légitimes et de 5,39 parmi les illégitimes. Il y a en moyenne 12,45 naissances gémellaires pour 1,000 naissances et 0,12 naissances de jumeaux supérieurs à 2. Le maximum des naissances a lieu en mars, en janvier ou en septembre, le minimum toujours en juin.

La *mortalité* moyenne est de 25,4 pour 1,000 vivants; elle est en général plus forte dans la moitié orientale du royaume, plus considérable dans les villes qu'à la campagne, plus grande dans le sexe masculin (27 contre 23,8). L'écart de mortalité entre les deux sexes est le plus marqué dans la première année de vie, il diminue rapidement dans la deuxième année et devient peu à peu insensible à l'âge de 9 ans. Dans les trois années suivantes, qui correspondent au développement de la puberté, la mortalité l'emporte chez les filles, mais, dès l'âge de 17 ans, c'est de nouveau dans le sexe masculin qu'elle est la plus forte, sauf la double exception de la première moitié de la trentaine (puerpéralité) et des âges au delà de la septentaine. La mortalité des *nourrissons* au-dessous de 1 an, la plus élevée de tous les âges, est de 23,9 (26,2 en ville; 22,6 à la campagne; 31,3 à Berlin) sur 100 enfants; elle est de 19,4 pour les nourrissons légitimes et de 35,1 pour les illégitimes. Les districts, où les enfants illégitimes sont le plus nombreux, sont loin d'être toujours ceux où ils meurent le plus. Le maximum des décès a lieu en mars (10 fois sur 13 ans); le minimum huit fois en automne et cinq fois en juin. — La *scarlatine* occasionne en moyenne 2,14 sur 100 décès (à Berlin, 2,12); elle règne plus ou moins chaque année et dans tous les districts; les épidémies les plus graves ont été celles de 1878 et de 1877, la plus bénigne celle de 1887. — La *rougeole* cause en moyenne 1,56 sur 100 décès (à Berlin 1,07); les épidémies les plus graves ont été celles de 1886 et de 1885. — La *diphtérie* cause en moyenne 6,53 sur 100 décès, soit le triple de morts de la scarlatine et le quadruple de la rougeole (à Berlin 5,60); sa mortalité va en augmentant; elle ravage surtout le district de Kœslin. — La *coqueluche* occasionne en moyenne 2,17 sur 100 décès (à Berlin, 1,06). — La *fièvre typhoïde* n'occasionne en moyenne que 1,97 sur 100 décès (à Berlin 1,34); partout, elle est en voie de diminution. — Il en est de même du *typhus* qui n'a fourni que 0,24 sur 100 décès et de la *dysenterie* qui n'en a causé que 0,51. — Les *affections puerpérales* causent en moyenne 1,92 sur 100 décès (à Berlin 1,42); contrairement à toutes les affections précédentes, elles font plus de victimes à l'Ouest de la monarchie qu'à l'Est. — Les *pneumonies* occasionnent 4,98 décès sur 100 (à Berlin 5,62); c'est-à-dire que par ordre de léthalité, elles viennent immédiatement après la tuberculose et la diphtérie; comme les affections puerpérales, elles font plus de ravages dans les districts occidentaux. — La *tuberculose* fournit à elle seule 12,41 sur 100 décès (à Berlin 12,61); les extrêmes de mortalité, beaucoup

plus marqués que pour les autres maladies, oscillent suivant les districts entre 22,88 (Osnabrück) et 6,26 (Kœnigsberg et Marienwerder); le chiffre pour Berlin est de 12,61. Les décès par tuberculose sont beaucoup plus nombreux à l'Ouest qu'à l'Est du pays, comme ceux par pneumonies; ce qui s'explique par le développement plus grand de l'industrie. — Les affections *cancéreuses* causent en moyenne 1,24 sur 100 décès; c'est dans le Schleswig qu'elles font le plus de victimes; relativement au sexe, on compte 147 femmes pour 100 hommes. — Les *suicides* forment 0,74 décès sur 100; c'est aussi dans le Schleswig qu'ils sont les plus communs, tandis qu'ils sont les plus rares dans la Prusse Rhénane; ils sont plus fréquents dans les districts protestants et aisés; les hommes se suicident près de cinq fois plus souvent que les femmes. Le plus grand nombre des suicides a lieu par pendaison, surtout chez les hommes; puis vient, par ordre de fréquence, la submesrsion, 3 fois plus commune chez les femmes. Les maladies infectieuses font plus de victimes dans les campagnes que dans les villes et dans les petites que dans les grandes villes. Parmi les grandes villes (plus de 100,000 habitants), la diphtérie cause le plus de morts à Dantzig et la fièvre typhoïde à Kœnigsberg. La tuberculose compte le plus de victimes dans les villes moyennes (au-dessus de 20,000 habitants). Comme léthalité, les affections *diarrhéiques* occupent le quatrième rang.

La mortalité générale, comme la natalité, est plus forte dans le sexe masculin. Mais les femmes succombent davantage que les hommes, en dehors des affections puerpérales, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, à la coqueluche, aux cancers.

La plus forte mortalité par la coqueluche s'observe de 1 à 2 ans, puis de 0 à 1 an; celle par diphtérie de 3 à 5 ans, puis de 5 à 10 ans; celle par scarlatine de 5 à 10 ans, puis de 3 à 5 ans; celle par rougeole de 1 an à 2 ans, puis de 2 à 3 ans. J. B.

I. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur le transport des contagieux et la désinfection à Paris, par CHAUTEMPS (*Paris*, 1891).

II. — Les services de désinfection à Paris, par A.-J. MARTIN (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 497 *et* 1063, *juin et novembre* 1891).

III. — Discussion, par MOUTIER (*Ibidem*, *p.* 963, *octobre*).

IV. — La désinfection à Paris, par L. REUSS (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXVI*, 305 *et* 438, *octobre et novembre* 1891).

A Paris, le service de prophylaxie des épidémies se trouve divisé entre deux administrations différentes. La préfecture de police, à qui la loi confie le soin de l'hygiène publique, possède 4 voitures qui transportent à l'hôpital les malades atteints de maladies contagieuses et elle a des escouades de désinfecteurs qui se rendent à domicile où ils pratiquent la sulfuration. La préfecture de la Seine met à la disposition du public 3 étuves à vapeur sous pression, annexées, les deux premières, (Xe et XIIIe arrondissements), à ses asiles de nuit et l'autre à une station de ses voitures d'ambulances (rue de Chaligny, XIIe arrondissement). En effet, elle est également propriétaire de voitures pour le transport, indistinctement, de tous les malades. Les voitures de la police transfèrent, en moyenne mensuelle, 200 contagieux, et les voitures

municipales, à peu près la moitié de ce chiffre; le reste de leurs voyageurs (en tout 641 en avril 1891) ayant des affections très diverses. Durant les quatre premiers mois de 1891, 271 désinfections domiciliaires ont été effectuées par les escouades de la préfecture de police. Enfin, de janvier à octobre de la même année, les trois étuves municipales ont fait 2,796 désinfections, à savoir celle des Récollets (la plus récente et la mieux installée ; on en trouvera le plan dans le travail de Martin), 1,613; celle du Château-des-Rentiers 649 et celle de Chaligny 534.

Le Mont-de-Piété possède également, au chef-lieu et dans 3 succursales, des étuves à vapeur sous pression qui, de 1887 à 1890, ont opéré l'assainissement de 133,256 objets de literie engagés. J. B.

Acqua potabile e malaria, par ZERI (*Annali dell' Istituto d'Igiene sperimentale dell' Univ. di Roma, II, et Hygienische Rundschau, I,* 599, 1891).

L'eau potable est-elle un agent de transmission de l'infection paludéenne ? Telle est la question que Zeri a étudiée dans ses expériences. A l'époque de la saison des fièvres intermittentes, il a fait boire, durant 5 à 20 jours, à 9 malades apyrétiques, de 10 à 60 litres d'une eau provenant de puits découverts ou de fossés de la contrée la plus dangereuse ; cette eau était trouble, avait une saveur et une odeur terreuses et, dans la croyance populaire, elle devait, prise à jeun, occasionner le développement de la fièvre paludéenne. Les malades, sujets des expériences, étaient plus ou moins cachectiques et généralement âgés ; quelques-uns d'entre eux avaient des troubles gastro-intestinaux, et certains avaient eu auparavant des accès. Cependant aucun d'eux n'offrit de symptômes d'infection à la suite de l'ingestion de l'eau suspecte.

A 5 autres individus (dont 3 enfants), Zeri administra en lavements également sans résultats, durant un laps de temps variable de 3 à 14 jours, de 6 à 21 litres du même liquide.

A 16 personnes, il fit inhaler à l'aide du pulvérisateur Richardson, durant plusieurs semaines, de grandes quantités d'eau marécageuse, sans plus de succès. (*R. S. M.*, I, 299 ; IV, 226 ; XIV, 547 ; XXXVIII, 583). J. B.

Die Bakterien in dem Kopenhagener Leitungswasser, par H. NIELSEN (*Thèse, Copenhague* 1891 *et Hygienische Rundschau, I,* 508, 1er *juillet* 1891).

Copenhague est alimentée en eaux potables provenant soit de la nappe souterraine, soit des lacs Sönder et Damhus. L'eau de la nappe est collectée dans des puits d'où part une conduite longue de 20 kilomètres, en partie à ciel libre, qui l'amène à la ville. De mai à décembre, c'est la nappe aquifère qui alimente presque exclusivement Copenhague, tandis que de janvier à avril, c'est presque uniquement l'eau des lacs qu est utilisée. L'eau des puits forés dans la nappe contient toujours un peu de fer qui, dans les conduites à ciel ouvert, se dépose à l'état d'oxyde; toute l'année, sa température est d'environ 8°, sauf au niveau des conduites découvertes où, en été, elle peut atteindre 17 degrés. Dans le cours d'un an, Nielsen a pratiqué des recherches bactériologiques sur 55 échantillons de cette eau filtrée ; il y a trouvé 50 sortes de microorganismes.

En passant, il critique le procédé d'inoculation sur pommes de terre, généralement usité pour le bacille typhoïdique : en étalant la matière à l'aide d'un couteau stérilisé sur la surface de la pomme de terre coupée en tranches, on se prive du meilleur signe diagnostique d'avec certaines bactéries non pathogènes présentant presque tous les autres caractères essentiels du bacille d'Eberth ; car on masque ainsi l'extension insensible du gazon des cultures ; aussi conseille-t-il de toucher simplement la pomme de terre avec l'aiguille de platine chargée d'une minime quantité de culture et il élève quelques doutes sur la véritable nature des bacilles typhoïdiques qu'on a cru trouver dans l'eau, en procédant de la façon incriminée.

Les météores aqueux, ni la température n'ont d'influence, soit sur le nombre soit sur la nature des germes contenus dans l'eau filtrée ou non.

L'eau de lac contient des microorganismes plus nombreux et plus variés que celle des puits de la nappe aquifère. On trouve un peu plus de germes dans le réseau de distribution qu'immédiatement après la filtration. Les filtres retiennent en moyenne de 90 à 99 0/0 des germes. Aucun des 55 échantillons ne renfermait de bactéries pathogènes, quoique l'une d'entre elles offrit les caractères essentiels de bacille typhoïdique, à part l'extension insensible des cultures. J. B.

I. — Ueber die chemische und bakteriologische Untersuchung der Kläranlage (System Röckner-Rothe) in Potsdam, par PROSKAUER et NOCHT (*Zeitschr. f. Hyg. X, et Hygienische Rundschau, I*, 522, 1er *juillet* 1891).

II. — Die Reinigung von Schmützwässern nach dem System Schwartzkopff (Berlin), par B. PROSKAUER (*Idem, idem, p*. 523).

III. — Ueber den Erfolg verschiedenartiger Klärmethoden zur Reinigung des Sielwassers in den Klärbecken zu Francfurt am Main, par B. LEPSIUS (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXIII, et Hygienische Rundschau, I*, 607, 1er *août* 1891).

IV. — Zur Klärung der Wasserreinigungsfrage, par KŒNIG (*Chemische Ztg. et Hyg. Rundsch., I*, 566, 15 *juillet* 1891).

V. — Zur Abwässer-Reinigungsfrage, par H. SCHREIB (*Ibidem, p*. 607, 1er *août* 1891).

VI. — Die Reinigung städtischer Abwässer mitteltst Kalk, par KŒNIG (*Centralbl. der Bauverwaltung et Hyg. Rundsch., I*, 990, 15 *novembre* 1891).

I. — Un quartier de Potsdam, comptant 2,300 habitants, pratique à titre d'essai, depuis 1889, l'épuration de ses eaux d'égout par le système Röckner-Rothe. L'installation offre cette particularité que le cylindre de clarification est placé obliquement sous un angle de 60 degrés, ce qui a pour effet de faciliter notablement la précipitation des matières en suspension. Avant de décider s'il y avait lieu de renoncer à ce système ou, au contraire, de l'étendre à toute la ville, le ministre a fait pratiquer à l'Institut d'hygiène de Berlin l'examen chimique et bactériologique de ces eaux d'égout ainsi épurées.

A l'encontre de Dortmund et d'Essen, où le même procédé est appliqué, les eaux d'égout de Potsdam renferment une grande quantité de

matières fécales et d'urine. Leur clarification est parfaite, mais l'enlèvement des matières putrescibles dissoutes est incomplet. Leur désinfection est également insuffisante, parce qu'on les additionne de trop peu de chaux, eu égard à leur concentration. Les bacilles cholériques et typhoïdiques ajoutés à ces eaux d'égout subissent sans dommage cette épuration.

II. — A l'usine Schwartzkopff, de Berlin, on épure les matières de vidanges et les eaux ménagères mélangées et on les convertit en poudrette par le procédé suivant. Par aspiration pneumatique, ces eaux vannes sont réunies dans un récipient muni d'un agitateur, qui leur donne une consistance uniforme. Les objets volumineux étant retenus dans un appareil interposé, les eaux passent successivement dans quatre cuves, où elles sont additionnées tour à tour de chaux, de sulfate de magnésie, de phosphate soluble et de chlorure de magnésie. Puis elles arrivent dans trois bassins de décantation qu'on remplit l'un après l'autre. Au bout d'une heure, les matières boueuses s'étant déposées et l'eau surnageante s'étant éclaircie, on soutire celle-ci pour l'introduire dans un récipient plein de tourbe, où s'achève l'épuration. Les boues desséchées sont mêlées avec les liquides qui ont filtré à travers la tourbe ; puis on fait subir au mélange une nouvelle dessication, on le fragmente et on le transforme en poudrette.

L'Institut d'hygiène de Berlin a été chargé d'étudier la valeur de ce procédé d'assainissement. Il conclut qu'il n'est pas supérieur aux autres, que l'addition du phosphate et du chlorure de magnésium entrave l'action de la chaux en la transformant partiellement en composés inertes ; qu'enfin la filtration à travers la tourbe est loin de constituer une amélioration. Le procédé de Schwartzkopff est en état d'enlever toutes les matières en suspension et, partant, de clarifier parfaitement les eaux vannes. Il enlève très peu des substances azotées et notamment de l'ammoniaque. Il a une certaine action désinfectante. Le précipité boueux n'est qu'imparfaitement désinfecté, et même le liquide clarifié et presque exempt de germes redevient riche en microorganismes, grâce à sa filtration à travers la tourbe, imprégnée de substances en voie de putréfaction. Eu égard à sa teneur en matières putrescibles, le liquide clarifié devrait être dilué au moins au centuple avant d'être déversé dans un cours d'eau ; de plus, il devrait être parfaitement désinfecté. Pour cela, il faudrait renoncer à la filtration par la tourbe et ajouter assez de chaux pour qu'à l'état de liberté et dans la proportion de cinq pour mille, elle puisse agir pendant dix minutes.

III. — A l'instigation des autorités municipales de Francfort-sur-Mein, Lepsius a entrepris, depuis trois ans, des recherches sur l'épuration mécanique des eaux d'égout, ainsi que sur leur épuration chimique par quatre procédés distincts : alumine et chaux ; chaux seule ; sulfate de fer et chaux; acide phosphorique et chaux. Il a de nouveau vérifié le fait que le ralentissement du mouvement des eaux d'égout, leur stagnation absolue ou relative, suffit, même sans adjonction de substances chimiques, à les dépouiller de la majeure partie des substances tenues en suspension, tandis que l'effet est à peu près nul sur les substances dissoutes. En ce qui concerne les matières organiques dissoutes, c'est l'épuration avec l'alumine et la chaux qui fournit les

résultats les meilleurs ; les autres procédés chimiques ne sont pas supérieurs ou même sont inférieurs à la simple épuration mécanique.

IV et V. — L'adjonction de substances chimiques à des eaux d'égout, pour les épurer, n'a d'autre effet que de produire un précipité entraînant avec lui les substances organiques de faible densité. Il en résulte que l'adjonction de la chaux seule n'est fructueuse qu'autant que les eaux d'égout renferment assez d'éléments capables de former avec la chaux des combinaisons peu solubles. Sinon, il faut adjoindre à la chaux de l'alumine, du sulfate de fer ou d'autres sels métalliques décomposables par la chaux avec formation d'un précipité. Un excès de chaux, d'ailleurs difficile à éviter, a des inconvénients. En effet, l'eau calcaire détruit les fibres et les éléments des tissus organiques, à la façon d'une solution alcaline faible, et il en résulte que l'eau clarifiée par la chaux contient davantage de substances organiques que celle qui a été simplement épurée mécaniquement ou seulement filtrée et qu'elle provoque de nouvelles boues par suite de la formation d'un carbonate de chaux peu soluble. De plus, l'action bactéricide de la chaux n'a ici qu'une valeur douteuse, parce que l'eau ne reste exempte de bactéries qu'autant qu'elle renferme encore de la chaux à l'état libre, ce qui ne paraît pas durer longtemps. Il faut donc toujours faire subir aux eaux d'égout une désinfection spéciale, dont l'agent le meilleur est l'aération ou l'apport d'oxygène. Lorsque l'aération naturelle, comme elle a lieu sur les champs d'irrigation, est impossible, il faut pulvériser les eaux d'égout pour les soumettre à l'action de l'air, qui leur enlève maints produits gazeux fétides de la putréfaction. Du même coup, on les enrichit d'oxygène, qui est transporté par les microorganismes sur le carbone, l'azote, le soufre, etc., et qui transforme ces diverses substances en produits inoffensifs, les uns volatiles, les autres constituant des sels peu solubles par leur union avec les bases existantes. Kœnig estime qu'on ne tient pas assez compte du rôle des microorganismes dans l'épuration des eaux. A son avis, au lieu de s'efforcer de détruire les bactéries, on doit au contraire développer leurs cultures, qui minéralisent ou gazéifient aussi rapidement que possible les matières organiques azotées.

VI. — Schreib critique les assertions de Kœnig. Pour lui, c'est une erreur que d'admettre que dans tous les cas la chaux rende solubles les matières organiques en suspension et fasse ainsi plus de mal que de bien. Alors même que la chaux dissout quelques-unes des matières en suspension, elle n'en remplit pas moins son but épurateur en réduisant la quantité totale des matières organiques dissoutes qu'elle précipite. Quant au procédé d'épuration par aération préconisé par Kœnig, il ne repose que sur des hypothèses, et est à un haut degré dépendant des vicissitudes atmosphériques. J. B.

Zur Kenntniss entgiftender Vorgaenge im Erdboden (Expériences sur le pouvoir désinfectant du sol), par F. FALK et R. OTTO (*Viertelj. f. gerichtl. Med. II*, 171, *juillet* 1891).

Falk et Otto ont choisi pour leurs expériences deux solutions aqueuses d'alcaloïdes, l'une fixe, l'autre volatile (strychnine et nicotine), et deux sortes de sols (sable vierge de culture et humus non encore fumé). Le

dispositif était à peu près le même que pour les expériences antérieures de Falk. (*R. S. M.*, XV, 116.)

Falk et Otto n'ont pas constaté de différence quantitative entre les deux alcaloïdes, c'est-à-dire que les quantités de l'un et de l'autre filtrées à travers l'un ou l'autre sol correspondaient à celles qui avaient été introduites. En revanche, les deux alcaloïdes offraient une différence très grande quant au pouvoir de résistance opposé à l'action du sol tendant à leur enlever leurs propriétés toxiques.

Dans le sable, la strychnine redevenait toxique après 3 semaines de filtration, tandis que la nicotine était encore inerte après quinze semaines d'arrosage d'un même sol sableux. Dans l'humus, après 15 semaines, l'un et l'autre alcaloïdes sortaient encore inertes. Avec le temps, la rapidité de filtration et la quantité de liquide filtré diminuaient plus pour le sable que pour l'humus.

La même solution de strychnine redevient toxique déjà après 3 semaines 1/2 de filtration à travers le sable, tandis qu'elle reste encore inerte après 15 semaines de filtration à travers l'humus.

Pour reconnaître si des microorganismes avaient quelque part dans cette destruction de la toxicité des alcaloïdes, Falk et Otto se sont livrés aux expériences suivantes : Ayant inoculé des solutions stérilisées de strychnine et de nicotine avec des colonies sur gélatine stérilisée, provenant des deux espèces de sol, celles-ci n'ont pas pullulé du tout dans les solutions qui ont gardé toute leur toxicité. Mêmes résultats négatifs avec les colonies provenant de la couche la plus inférieure des deux terrains irrigués depuis 6 semaines avec les solutions alcaloïdes.

Le chauffage préalable au rouge des deux sols a eu pour effet de leur faire perdre plus rapidement leur pouvoir, de rendre inoffensive la strychnine. Dans le sable ainsi chauffé, le début de la filtration est retardé sans que la quantité de liquide filtrée soit diminuée. Mais ce chauffage au rouge détruit en même temps que les microorganismes toutes les substances organiques du sol. Pour être sûrs de ne détruire que les premiers, Falk et Otto ont stérilisé leurs sols filtrants à l'étuve de Koch. Du sable ainsi stérilisé, la solution de strychnine a commencé à dégoutter déjà au bout de 4 jours, complètement inoffensive, et elle est restée ainsi encore 6 semaines. De l'humus stérilisé à l'étuve, la solution de strychnine a commencé à dégoutter au bout de 10 jours, complètement inoffensive ; au bout de 3 mois de filtration, elle commençait à récupérer très graduellement ses caractères chimiques et toxiques. Du sable porté au rouge, la solution de strychnine n'avait commencé à dégoutter qu'au bout de 14 jours ; de l'humus, dans les mêmes conditions, au bout de 18 seulement. Enfin Falk et Otto ont stérilisé la solution de strychnine elle-même avant de la répandre sur les sols stérilisés, afin de s'assurer qu'elle ne renfermait pas elle-même des germes capables d'expliquer le pouvoir destructeur de sa toxicité.

Ils ont étudié ensuite les métamorphoses possibles de la strychnine dans le sol, en arrêtant l'expérience de filtration dès l'apparition des premières gouttes et en prélevant des échantillons à diverses hauteurs du terrain, pour voir jusqu'à quelle profondeur on retrouverait soit l'alcaloïde lui-même soit des produits toxiques de sa transformation.

Dans le sable brut, la strychnine a pu être décelée avec toutes ses

réactions caractéristiques jusqu'à la profondeur de 10 centimètres. A partir de 14 centimètres, la strychnine n'existait plus ni chimiquement ni toxocologiquement. Entre 16 et 20 centimètres de profondeur, on trouvait une substance organique azotée inoffensive. Enfin la couche de sable la plus inférieure ne renfermait pas d'ammoniaque, mais beaucoup d'acide nitrique.

Dans l'humus brut, la strychnine n'a pu être décelée d'une façon caractéristique que jusqu'à la profondeur de 3 centimètres. Dans le sable stérilisé, arrosé avec une solution de strychnine récemment stérilisée, à aucune hauteur il n'a été possible de retrouver, chimiquement ou physiologiquement, l'alcaloïde.

Dans l'humus stérilisé et arrosé avec une solution de strychnine stérilisée elle-même, l'alcaloïde est reconnaissable à ses caractères chimiques ainsi qu'à ses effets physiologiques, jusqu'à la profondeur de 3 centimètres 1/2.

Dans le sable porté au rouge et arrosé avec une solution de strychnine stérilisée, à 4 centimètres.

Dans l'humus porté au rouge et arrosé avec une solution de strychnine stérilisée, à 12 centimètres de profondeur, il n'existait plus de strychnine chimiquement reconnaissable.

On peut après tout objecter que la stérilisation du sol n'a pas pour résultat unique d'exclure les microorganismes. En effet, A.-B. Frank (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, 1888) a montré qu'elle entraîne des modifications des qualités physico-chimiques du terrain (fissuration, dessiccation rapide à l'air, volatilisation de certaines substances, etc.) D'autre part, les expériences de Falk et d'Otto montrent que la stérilisation accroît le pouvoir absorbant et diminue le pouvoir oxydant du sol. J. B.

Rapport au ministre de l'intérieur de Belgique sur l'office vaccinogène central de l'Etat, par TOSQUINET et E. JANSSENS (*Mouvement hygiénique, VII*, 237, *juin* 1891).

Pendant l'année 1890, il a été utilisé 153 veaux vaccinifères, à savoir 33 dans le premier trimestre; 62 dans le deuxième; 37 dans le troisième et 21 dans le quatrième.

La totalité du vaccin récolté pendant l'année a été de 364,799 doses, obtenues de 14,784 pustules. 124,024 doses ont été recueillies sur plaques; 240,675 en fioles, toutes sous forme de pulpe; 8 en tubes, sous forme de liquide et 2 seulement ont été demandées sur pointes.

L'office a reçu 10,600 demandes de vaccin qui ont nécessité l'envoi de 304,276 doses, expédiées toutes, à quelques unités près, sous forme de pulpe.

On a eu des renseignements sur 58,044 vaccinations et 25,434 revaccinations. Les premières ont donné 57,687 inoculations fructueuses, soit une proportion de 99,33 0/0 de succès. Quant aux revaccinations, 16,717 ont donné lieu à des pustules, soit 65,40 0/0 de succès (*R. S. M.*, XXII. 110; XXXV, 110 et XXXVII, 113). J. B.

Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfälle... (Statistique officielle de la morbidité et de la mortalité varioliques en Allemagne pendant l'année 1889), par RATHS (*Arbeiten aus d. k. Gesdhamte, VII, et Hygienische Rundschau, I*, 630, 1891).

En 1889, l'Empire allemand a compté 200 décès par variole contre 112 en 1888 ; cette augmentation est due principalement à la province de Posen qui a fourni les 44 0/0 des morts, puis d'une façon générale aux districts de la frontière orientale. L'intérieur de l'Empire n'a compté que 12 décès varioleux, répartis également par 2, à Berlin, dans le grand duché de Hesse, en Franconie, dans le district de Stettin, etc. Plus de la moitié des cas de mort ont eu lieu de mars à mai.

De 1886 à 1889, les villes allemandes ont présenté annuellement 0,46 décès varioleux par 100,000 habitants, les villes anglaises 2,72, les suisses 5,56, les belges 15,24, les françaises 36,77, les autrichiennes 41,93, les italiennes 55,81, les hongroises 101,58 ; ces chiffres montrent les avantages de la vaccination obligatoire.

En dehors de la Prusse, 359 personnes ont été atteintes de la variole en Allemagne pendant l'année 1889, ce qui fait une proportion d'environ 19 sur un million d'habitants ; 294 de ces cas appartiennent à la Bavière et à la Saxe et parmi eux 117 à des districts, frontières immédiates de l'Autriche.

J. B.

Die Thaetigkeit der im Deutschen Reiche errichteten Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1889 (*Arbeiten aus d. k. Gesdhtamte. VII, et Hygienische Rundschau, I*, 602, 1891).

Il existe actuellement en Allemagne 22 instituts de vaccin animal dont 2 de création récente, à Kœnigsberg et à Cologne. Ces divers établissements ont en 1889 inoculé 476 animaux avec du vaccin humain, 398 avec du vaccin animal et 142 avec l'un et l'autre à la fois. Chaque veau a fourni en moyenne de 3gr,77 (à Darmstadt), à 27 grammes (à Strasbourg) de matière vaccinale. Le vaccin récolté à Berlin a suffi à inoculer 427,282 enfants, celui de l'institut de Munich était suffisant pour 454,327 enfants. L'institut de Berlin a expédié 2627 portions de vaccin à des médecins particuliers, 388,878 à des médecins vaccinateurs officiels, 29,233 à des médecins militaires ; pour Halle, les chiffres correspondants sont 5,000, 254,554 et 23,000, pour Munich 9,373, 344,918 et 42,635, pour Carlsruhe 742,116,816 et 13,044, pour Darmstadt, 8,887, 78.940 et 60.

Comme accidents concomitants ou consécutifs à la vaccination, on a observé des érythèmes, des éruptions papuleuses, morbilliformes, pemphigoïdes, de l'eczéma, de l'urticaire, de l'impétigo, de la furonculose, des phlegmons, des érysipèles, des adénites suppurées ou non et 5 cas de vaccine généralisée. Deux érysipèles se sont terminés mortellement, dont un chez un enfant qui contracta la scarlatine. En outre, un homéopathe a occasionné la mort d'un enfant par intoxication due à l'inoculation même.

J. B.

I. — Ueber die Verbreitung der Blattern im Kanton Bern während des letzten Decennium (Influence de la vaccine sur la morbidité et la mortalité de la variole), par STOOSS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, **n° 11, *p*. 335, 1er *juin* 1891**).

II. — Même sujet, par DUBOIS (*Ibidem*, *p*. 336).

I. — De 1881 à 1890, il y a eu, dans le canton de Berne, 868 cas de variole avec 126 décès; 247 malades étaient au-dessous de 10 ans. Comme la première période décennale d'âge forme le quart de la population totale, il en résulte qu'elle a compté relativement beaucoup plus de varioleux, contrairement à ce qui s'est passé pour l'épidémie de 1870-1871, où sur total de 2,596 malades on n'en a trouvé que 376 au dessous de 10 ans.

En comparant l'aptitude à contracter la maladie chez les vaccinés et les non vaccinés au-dessous de 10 ans, on voit qu'il y a 14 fois plus de malades parmi les derniers. (173 contre 12).

La grande majorité des varioleux adultes avait été vaccinée une fois; le nombre des revaccinés parmi les malades est insignifiant. Aucun des malades n'avait eu déjà la variole.

La mortalité a été de 35 pour cent (82 sur 237) chez les non vaccinés et vaccinés sans succès; de 22 pour cent (9 sur 41) parmi les vaccinés trop tard, c'est-à-dire les individus inoculés avec succès durant la période d'incubation de la variole; enfin de 5, 6 pour cent (32 sur 575) parmi les vaccinés en temps convenable.

Dans toutes les classes d'âge, la mortalité des varioleux vaccinés a été infiniment moindre.

Des 72 varioleux qui ont succombé au-dessous de 10 ans, pas un seul n'avait été vacciné à temps.

II. — En 27 ans, de 1864 à 1890, l'hôpital des varioleux, à Berne, a reçu 646 malades dont 477 étaient vaccinés; 13 de ces derniers sont morts, soit une mortalité de 2,7 pour cent. Les non vaccinés (conprenant à la fois ceux qui ne l'ont pas été du tout, ceux qui l'ont été sans résultat, et ceux qui l'ont été trop tard, durant le stade d'incubation de la variole) au nombre de 169 ont fourni 63 décès, soit une mortalité de 37,2 pour cent, 13 fois plus considérable que celle des vaccinés.

Pour faire ressortir mieux le degré de protection que la vaccine confère aux enfants, Dubois divise ses 646 varioleux en deux classes, selon qu'ils avaient plus ou moins de 14 ans. Sur les 507 malades au-dessus de 14 ans, 471 étaient vaccinés dont 13 ont succombé, soit une mortalité d'environ 2,7 pour cent et 36 n'étaient pas vaccinés dont 24 ont succombé, ce qui fait une mortalité de 66 pour cent.

Sur les 139 malades au-dessous de 14 ans, 133 n'étaient pas vaccinés, car à Berne, on ne vaccine volontiers les enfants qu'au moment où ils doivent entrer à l'école, c'est-à-dire vers l'âge de 6 ans. Les 91 enfants qui n'avaient pas été vaccinés du tout ont fourni 31 décès; les 15 vaccinés sans résultat, 5 décès et les 27 vaccinés trop tard 3 décès. Sur le total des 133 non vaccinés, il en est mort 39, soit plus de 29 pour cent. Alors même qu'on irait jusqu'à compter au nombre des vaccinés, ceux qui ne l'ont été que durant l'incubation de la variole la mortalité des vaccinés ne serait encore que de 9 pour cent et celle des non vaccinés de 34.

Parmi les varioleux au-dessous de 14 ans, il ne s'en trouvait que 6 de vaccinés. Aucun n'a succombé et la majorité ne s'est même pas alitée.

Si aussi, pour satisfaire les détracteurs de la vaccine, on élimine complètement les enfants au-dessous d'un an, la mortalité des non vaccinés n'en reste pas moins très grande, 21 pour cent. Parmi les 39 morts, 14 seulement avaient moins d'un an. J. B.

Zur Erkrankung des Nabels... (Moyen pour l'inspection des viandes de reconnaître la septicémie ombilicale des veaux), par UTZ (*Thieraerztl. Mittheil.*, 1890, *et Hyg. Rundsch.*, *I*, 577, 15 *juillet* 1891).

Le plus grand nombre des veaux abattus d'urgence le sont en raison d'une affection septique de l'ombilic et de ses vaisseaux. Utz indique une lésion de cette affection, précoce et facile à reconnaître par les inspecteurs des viandes. Avant qu'il survienne des altérations parenchymateuses des viscères, le premier symptôme morbide, qui est constant, est une infiltration gélatineuse, jaunâtre au voisinage immédiat des articulations, surtout des cous-de-pied, avec épanchement consécutif d'un liquide identique dans la cavité articulaire. Cet état des jointures se traduit déjà sur l'animal vivant par des signes qui ont fait donner à l'affection le nom de « paralysie des veaux ». J. B.

A new poison in cheese, par V. VAUGHAN (*Med. and surg. Reporter*, 22 *novembre* 1890).

L'attention de Vaughan a été appelée sur une sorte de fromage gris des États-Unis qui avait donné lieu à une série d'accidents de gastro-entérite. N'y ayant point trouvé de tyrotoxine libre, il en fit un examen plus minutieux. Avec 2 kilogrammes de ce fromage, il prépara un extrait alcoolique, puis un extrait aqueux avec les parties insolubles dans l'alcool. L'extrait aqueux filtré et versé goutte à goutte dans le triple de son volume d'alcool donna un précipité blanc floconneux. Ce précipité, séparé par une décantation soigneuse du liquide surnageant, fut redissous dans l'eau, reprécipité par l'alcool et enfin rapidement desséché.

Les solutions aqueuses de cet extrait ainsi préparé furent injectées à des chats et à des rats. A la dose de 40 gouttes chez les chats, elles provoquèrent constamment, en moins d'une heure, des vomissements et de la diarrhée, suivis d'un collapsus non mortel. Plusieurs rats succombèrent, au milieu d'une accélération extrême de la respiration et dans l'insensibilité la plus complète, au bout de 3 ou 4 heures ; les autres se rétablirent lentement dans le laps de 18 à 24 heures.

Vaughan regarde cette substance toxique comme de la nature des toxalbumines ; ni la chaleur ni l'acide nitrique ne la précipitent de ses solutions aqueuses qui offrent la réaction du biuret. Elle est précipitée par le sulfate d'ammoniaque, mais ni par le sulfate de soude à saturation ni par le gaz carbonique. Vaughan estime que cette substance est vraisemblablement la même que celle qui se présente dans les saucisses et les viandes gâtées. (*R. S. M.*, XXIX, 56.) J. B.

Ueber Milchsterilisirung... (De la stérilisation du lait et de son amertume au point de vue de l'alimentation infantile), par Ferdinand HUEPPE (*Berlin. klin. Wochens., n°* 29, *p.* 717, 20 *juillet* 1891).

Les 3 procédés pour stériliser d'une façon certaine de petites quan-

tités de lait sont : 1° la stérilisation discontinue à une température oscillant entre 70 et 75°; 2° de courtes ébullitions répétées au bain-marie; 3° une ou mieux plusieurs ébullitions par la circulation de vapeur. Mais tous ces procédés permettant la stérilisation du lait dans les ménages ne sont qu'un pis aller. La seule solution du problème est dans une réforme de l'industrie laitière.

Ni la fermentation lactique normale du lait ni la présence de microbes pathogènes ne créent de grandes difficultés pour la stérilisation du lait. Les véritables obstacles tiennent aux spores des bactéries de l'acide butyrique, des bacilles du foin et des pommes de terre. Aussi la première condition de réussite consiste-t-elle à exclure ces microbes du lait; et c'est sur les lieux mêmes de production du lait qu'on doit prendre l'ensemble de précautions nécessaires : bonne hygiène et propreté des étables, propreté minutieuse et fermeture convenable des récitraient, nettoyage du pis des vaches et des mains des personnes qui les pients, etc.

A défaut de ces minutieuses précautions, le lait destiné à l'alimentation infantile doit être, avant d'être livré à la consommation, centrifugé. Le dépôt qui se forme alors retient, en effet, non seulement la majorité des microbes, mais aussi les spores bactériennes qui s'opposent à la stérilisation efficace par des méthodes simples. Bien entendu qu'on séparera ensuite de ce dépôt la crème pour la réunir au lait.

Quant aux conserves de lait pour voyages, il n'y a de pratique que le lait condensé, parce que la stérilisation par la vapeur sous tension a l'inconvénient d'altérer sa saveur et son aspect.

La question de l'amertume du lait est intimement liée à sa stérilisation. En effet, Naegeli et Low ont les premiers montré que la saveur amère du lait qui se produit quand on a essayé de le stériliser par la chaleur est un phénomène vital de bactéries qui peptonisent la caséine. Hueppe a fait remarquer de plus que non seulement le lait est alors peptonisé et amer, mais qu'il est aussi alcalin. Cette triple modification s'explique non (comme le croyait Naegeli) par une transformation des bactéries de l'acide lactique, mais par la présence de spores d'autres bactéries qui ont résisté à l'action de la chaleur et se développent ultérieurement dans le lait soi-disant stérilisé. Le goût amer est celui de la peptone, résultant de la dissolution des albuminoïdes du lait par les bactéries butyriques et les bacilles de la pomme de terre ou du foin. Toutes les bactéries qui peptonisent le lait le rendent amer, mais toutes celles qui le rendent amer ne produisent pas d'acide butyrique. (*R. S. M.*, XXXIX, 104.) J. B.

Ueber die Natur des Fischgiftes (Nature du poison des poissons), par **ARUSTAMOFF** (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, *p.* 113, 1891).

L'auteur, ayant observé 11 cas d'intoxication rapportables à l'ingestion de saumon et d'esturgeon salé et mangé cru, a trouvé la chair de ces poissons remplie d'un microbe unique, bâtonnet mobile, qu'il a pu cultiver. Les symptômes de l'empoisonnement chez l'homme sont : faiblesse générale, douleurs vagues dans le ventre, dilatation pupillaire, arrêt des sécrétions, sécheresse de la bouche, aphonie, constipation extrêmement opiniâtre, hypothermie. La mort peut survenir indépendamment de la quantité ingérée. Sur le cadavre il retrouva la même bactérie dans les

vaisseaux du foie et dans la rate. Il obtint des cultures avec la plupart des organes. L'inoculation aux animaux (chiens, chats et lapins) s'est montrée positive avec les cultures comme avec les organes infectés.

C. LUZET.

Ueber die Angreifbarkeit der Nickel-Kochgeschirre... (Attaque des vases culinaires en nickel par les acides organiques), par A. ROHDE (*Arch. t. Hyg., IX, et Viertelj. f. geritchtl. Med., II*, 202, *juillet* 1891).

Rohde a recherché l'action des acides organiques (lactique, acétique, citrique, tartrique, butyrique) sur des vases culinaires, les uns nickelés, les autres doublés en nickel ou faits en nickel pur.

Après un séjour de 24 heures des acides à froid, il a constaté avec les 4 premiers acides expérimentés une diminution de poids des vases variant de 25 à 30 milligrammes; avec l'acide butyrique cette perte en poids se réduisait à 10 ou 12^{mg},5. Après une ébullition de 3 heures d'une solution à 2 0/0 d'acide acétique, la diminution de poids des vases était de 12 à 13 milligrammes, et de 18 à 24 avec la solution à 4 0/0 du même acide. Les solutions acides prenaient une coloration un peu verdâtre.

Par l'analyse chimique, Rohde s'est assuré que la perte du poids des vases tenait réellement à une certaine quantité de nickel dissoute par l'acide. (*R. S. M.*, XXXII, 482, et XXXVII, 495.) J. B.

Die Mortalität der Tuberculose nacht Alter und Geschlecht (Mortalité de la tuberculose selon l'âge et le sexe), par ZWICKH (*Münch. med. Woch.*, 44, *p.* 777, 1891).

Prenant les chiffres de la statistique de Bavière pour 1887 et 1888, l'auteur arrive à tracer un diagramme des cas de mort par la tuberculose, rapportés au nombre des vivants de chaque âge. On constate un premier maximum de 0 à 3 ans où la mortalité est de 500 p. 100,000; de 3 à 5 elle baisse à 100, pour atteindre son chiffre primitif vers 20 ans, restant à peu près stationnaire entre 400 et 500 pour les femmes de 30 à 70 ans et montant jusqu'à 65 ans chez l'homme, où elle atteint le chiffre de 700 pour 100,000 vivants. Le premier maximum serait dû à la mort de tous les héréditaires. Il est plus difficile d'expliquer le minimum pendant l'âge scolaire; il y a là peut-être une diminution de la prédisposition. Il faut remarquer enfin que pour les deux sexes la courbe tombe rapidement après 65 ans. C. LUZET.

Untersuchungen über Desinfection tuberculösen Sputums (Recherches sur la désinfection du crachat tuberculeux), par SPENGLER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 45, *p.* 790, 1891).

Les expériences de Spengler, mélangeant les crachats avec des solutions d'aseptol, de phénol, de créoline et de lysol, les laissant plus ou moins longtemps en contact et injectant le mélange à des cobayes, lui ont montré qu'après 24 heures les premières restent sans effet, tandis que le lysol à 10 0/0 dans le mélange rendait inactifs les bacilles, s'il agissait pendant au moins 12 heures. C. LUZET.

Ueber die Verbreitung des Tetanuserregers in Fehlbodenfüllungen Münchener Häuser (De la diffusion des germes tétanigènes dans les hourdis des maisons de Munich), par H. HEINZELMANN (*Münchener med. Wochenschrift, p.* 185 *et* 200, 10 *et* 17 *mars* 1891).

De recherches bactériologiques faites sur des matériaux provenant de vieilles maisons de Munich, Heingelmann conclut que 9 fois sur 13 le bacille du tétanos y était renfermé. Cependant les cas de tétanos ne sont pas dans cette ville aussi fréquents qu'on pourrait le penser d'après ces résultats, ce qui tiendrait, d'après Bonome, à ce qu'il est nécessaire que les blessures soient fortement recouvertes de poussière tétanifère pour que l'infection se produise. Quoi qu'il en soit, il est important de n'employer que des matériaux exempts de substances organiques pour cette parties des constructions, afin d'éviter la pullulation des germes morbides qui pourraient s'y introduire. C. LUZET.

Ein weitere Beitrag zum Arsengehalt der rohen Säuren (Inconvénients sanitaires de la présence d'arsenic dans les acides bruts), par St. PRAUSS (*Chemische Zeitung, XV, et Hyg. Rundsch., I,* 585, 15 *juillet* 1891).

Prauss a fréquemment constaté qu'en Russie les acides commerciaux renferment une forte proportion d'arsenic (120 grammes d'acide arsénieux dans 100 kilogrammes d'acide sulfurique brut, et 520 grammes d'acide arsénieux dans 100 kilogrammes d'acide chlorhydrique brut). Aussi appelle-t-il l'attention sur les inconvénients que ces acides impurs peuvent présenter pour les ouvriers, par exemple, qui décapent les fils de fer et qui se trouvent ainsi exposés à un abondant dégagement d'hydrogène arsénié. Il estime que les périls sont beaucoup plus grands que ceux inhérents à la fabrication des papiers peints avec des couleurs arsenicales. Il croit aussi que cet arsenic doit se retrouver dans les produits de fabrication auxquels sont employés ces acides, tels que la glycérine, les colorants pour la bière, etc.

Il réclame donc que les gouvernements fixent des limites légales à cette impureté des acides bruts. Prauss indique un procédé rapide mais suffisant en pratique pour le dosage de l'arsenic dans l'acide sulfurique brut. A cet effet, il transforme l'acide arsénieux en hydrogène arsénié, fait passer celui-ci à travers une solution titrée de nitrate d'argent et retitre avec le sulfocyanure d'ammonium. J. B.

Recherches sur les tatouages des piqueurs et des rhabilleurs de meules, par VARIOT et RAOULT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *novembre* 1891).

Les ouvriers qui façonnent les pierres meulières ont des tatouages de la peau, bien connus des médecins légistes. Ces auteurs ont cherché quelle était la substance qui donne ces taches colorées noires, puis brunes; certainement ce n'est pas de la pierre, puisque la pierre est incolore. Sur un rhabilleur, qui depuis dix ans n'exerçait plus son métier, ils ont pu enlever des lambeaux de peau tatoués et obtenir des coupes assez fines; ils ont vu des amas de particules brun noir, formés non de limaille fine d'acier, mais de particules d'acier oxydées; des expériences faites avec de la poussière d'oxyde de fer ont donné le même aspect

microscopique, les mêmes réactions chimiques, les mêmes jeux de couleur à la lumière. H. L.

Sur une variété rare d'intoxication mercurielle, par LANCEREAUX (*Gaz. des hôpitaux*, n° 45, p. 417, 1891).

Lancereaux rapporte deux fait d'intoxication mercurielle survenus chez des individus occupés dans les tirs à charger des carabines avec des capsules de fulminate de mercure. Le premier de ces malades, au bout d'un mois de ce travail, fut pris de stomatite mercurielle, et quinze jours plus tard de tremblement caractéristique très intense. Le second ne présenta d'accidents qu'au bout de dix mois.

La prophylaxie de l'intoxication mercurielle consiste, en pareil cas, à bien ventiler le tir et à ne balayer les poussières qu'après un arrosage soigneux. LEFLAIVE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Observation relative aux localisations motrices dans l'écorce cérébrale, par BERNHEIM (*Revue méd. de l'Est*, n° 17, p. 513, 1891).

Une femme de 63 ans est prise brusquement de paralysie brachio-faciale gauche, la jambe restant indemne. Il s'était fait déjà quelque amélioration de son état quand, 10 jours plus tard, elle est atteinte tout d'un coup d'une hémiplégie droite de la face, du bras et de la jambe.

A l'autopsie on trouve : 1° un ramollissement du quart inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, ainsi que du tiers moyen de ces circonvolutions ; le tiers supérieur est sain ; 2° un ramollissement complet de tout le département cortical de la sylvienne gauche. LEFLAIVE.

Hémianopsie avec hallucinations dans la partie invisible du champ visuel, par BIDON (*Revue de médecine, décembre* 1891).

Bidon rapporte sous ce titre l'observation d'un malade athéromateux qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme, présenta de l'hémianopie gauche avec déviation de la tête et hallucinations visuelles consistant en fantômes bizarrement costumés, en ombres informes qui se mouvaient contre le mur de gauche ou en tableaux confus à couleurs ternies, accrochés à cette même paroi, etc. Peu à peu tous ces symptômes s'amendèrent et six mois après avaient à peu près complètement disparu.

Le diagnostic porté fut le suivant : ramollissement par thrombose du lobe occipital droit. C. GIRAUDEAU.

Zur Lehre von der ächten cerebralen glosso-labio-pharyngealparalyse (Sur la véritable paralysie glosso-labio-pharyngienne), par E. BECKER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIV*, 2).

Becker relate l'histoire d'une femme de 46 ans, qui commença à présenter des excitations motrices dans les extrémités et des troubles de la parole.

Peu à peu, il se développa une parésie gauche accompagnée de contractures, de troubles dans la déglutition, de paralysie linguale, d'une paralysie double du facial et, finalement, d'une aphasie absolue. Deux ans plus tard, survint une paralysie de la jambe droite, puis du bras droit, le tout accompagné de contractures.

L'intelligence, la sensibilité et les fonctions des sphincters restèrent intactes.

Après quatre années de maladie, les quatre membres furent atteints de paralysie complète.

Une pneumonie emporta la patiente.

L'autopsie montra des foyers de ramollissement et de sclérose dans les deux hémisphères cérébraux et une dégénération descendante des deux faisceaux pyramidaux.

L'écorce cérébrale, la protubérance annulaire et le bulbe sont intacts. Les artères ne sont pas athéromateuses.

Il s'agit, par conséquent, d'un cas de véritable paralysie glosso-labio-pharyngienne d'origine cérébrale. ÉD. RETTERER.

Ueber die den paralytischen Anfällen... (Sur les modifications pathologiques et anatomiques comme cause des attaques de paralysie), par F. MESCHEDE (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIV*, 2).

Dans un cas d'attaque de paralysie, Meschede observa à chaque attaque apoplectiforme des ectasies et des extravasations capillaires dans la peau de la face. Elles figuraient des taches rouges, qui subissaient une régression marchant de pair avec les autres symptômes de l'attaque et qui disparaissaient au bout de trois à quatre jours.

Il est probable que des troubles vasculaires semblables se produisaient dans les réseaux capillaires de l'intérieur du crâne et déterminaient les attaques paralytiques. ED. RETTERER.

Pachyméningite hémorragique ; rétrécissement pupillaire plus prononcé du côté opposé à la lésion; hémorragie pédonculaire; strabisme divergent, par BOUCHAUD (*Revue de médecine*, *juillet* 1891).

Dans un cas d'hémorragie méningée sus-arachnoïdienne consécutive à une pachyméningite et observée chez un aliéné, Bouchaud a constaté, contrairement à la loi de Griesinger, un rétrécissement pupillaire plus prononcé du côté opposé à la lésion. Il existait en outre chez ce malade un strabisme divergent que l'auteur rattache à une hémorragie pédonculaire très limitée et siégeant au niveau du plancher du quatrième ventricule dans la zone qui correspond au noyau d'origine du droit interne. Cette localisation vient confirmer par conséquent les recherches de Hensen et Volckers (1878), de Kahler et Pick (1881) et de Darkschewitsch (1889) sur l'origine des noyaux du moteur oculaire commun.

L'auteur publie à titre de rareté un cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne survenue chez un dément et ne s'étant manifestée que par des phénomènes de compression. C. GIRAUDEAU.

Sclérose en plaques et paralysie générale, par CHARCOT (*Semaine méd.*, 27 *janvier* 1892).

Femme de 32 ans. Début des lésions il y a cinq ans. On trouve à la fois des signes de sclérose en plaques, caractérisés par la démarche, le tremblement intentionnel, la scansion des mots, le nystagmus. Mais elle a en même

temps des signes très nets de paralysie générale; embarras de la parole, signe pupillaire d'Argyll Robertson, épilepsie sensitive. L'intelligence est bien conservée malgré la durée des troubles. Charcot pense qu'il s'agit là d'une association de deux maladies. Schüle en a cité un cas confirmé par l'autopsie. A. C.

I. — Étude sur les syndromes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière, par A. SOUQUES (*Thèse de Paris*, 1891).

II. — Syndrôme hystérique simulateur de la sclérose en plaques, par MICHEL et THIERCELIN (*La Médecine moderne*, *p.* 751, 29 *octobre* 1891).

I. — Il ressort de cette étude sur l'hystérie simulatrice les notions suivantes :

1° Il existe des syndromes hystériques qui peuvent simuler les maladies organiques de la moelle.

2° Ces syndrômes simulent de toutes pièces la sclérose en plaques, les paraplégies traumatiques ou spontanées, le tabes, l'amyotrophie spinale et la syringomyélie.

3° Il est souvent difficile mais toujours possible de dépister la simulation par un examen méthodique, systématique et plusieurs fois répété des antécédents, des commémoratifs, des signes actuels et de l'évolution, et par suite de faire la part — dans les cas complexes d'associations hystéro-organiques — des symptômes qui appartiennent à la névrose hystérique et de ceux qui relèvent de l'affection spinale.

4° Le pronostic et le traitement sont intimement liés à la solution exacte de ces problèmes cliniques. G. GUINON.

II. — Homme de 55 ans, raffineur, ayant eu dix ans auparavant des coliques de plomb, pris de céphalalgie intense, de vertiges, d'étourdissements, puis de tremblement intentionnel augmentant lorsque la main approche du but à atteindre ; parole hésitante, scandée, absolument analogue à celle de la sclérose en plaques ; réflexes rotuliens légèrement exagérés ; la marche n'est pas assurée et le talon frappe fortement le parquet ; chute marquée de la paupière supérieure gauche ; diplopie ; pas de nystagmus, pas de troubles de la vision des couleurs, pas de rétrécissement du champ visuel ; surdité incomplète du côté gauche ; anesthésie complète des jambes avec conservation de la sensibilité des pieds ; anesthésie du thorax, du dos, de la nuque, du cou, de la face, du cuir chevelu et de tout le membre supérieur sauf la face palmaire ; sensation de boule œsophagienne, zone hystéralgique au niveau du testicule gauche. Disparition complète du tremblement et des troubles de la parole et amélioration des troubles de la sensibilité sous l'influence des bromures et des douches. GEORGES THIBIERGE.

I. — Zur Aetiologie der Tabes, par W. ERB (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 29, *p.* 713, *et n°* 30, *p.* 751, 20 *et* 27 *juillet* 1891).

II. — Hemiplegie und Paraplegie bei Tabes, par MINOR (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XIX*, *p.* 401).

III. — Pseudotabes oder Tabes peripherica, par HIGIER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, *p.* 1007, 1891).

IV. — Wahrnehmungen über das Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis (Abolition du réflexe rotulien chez une ataxique), par EICHHORST (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 549, 1er *juin* 1891).

I. — Poursuivant ses recherches (*R. S. M.*, XVI, 145, et XXVI, 329) sur

le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice, Erb base son travail actuel sur l'étude de 370 cas de cette dernière maladie, qu'il a observés depuis 1883. Ces 370 tabétiques comprennent 300 malades des classes aisées, appartenant à la clientèle particulière de l'auteur, 50 malades de la pratique hospitalière et 19 femmes. Les 300 cas des classes aisées se décomposent ainsi :

1° Cas sans trace appréciable d'infection syphilitique : 31. — 2° Cas précédés d'une infection spyhilitique : 267. Dont *a*) avec syphilis secondaire indubitable : 190; *b*) avec chancre sans symptômes secondaires notés : 77.

Parmi les 33 malades classés comme non syphilitiques, il en est 19 plus ou moins suspects d'avoir contracté la syphilis (cicatrices, déclarations des médecins, avortements ou morts-nés multiples de leurs femmes). 24 d'entre eux avaient eu la blennorragie. Les résultats de cette statistique concordent parfaitement avec ceux des deux antérieures d'Erb. De sorte qu'en réunissant la totalité de 500 cas d'ataxie dont elles se composent, on trouve 89.2 0/0 de malades ayant eu la syphilis et 10.8 0/0 de malades non syphilitiques.

Les 50 cas de la pratique hospitalière fournissent un résultat un peu différent : 38, soit 76 0/0 ayant eu la syphilis, et 12, soit 24 0/0, ne semblent pas l'avoir eue. Parmi les 38 hospitalisés regardés comme syphilitiques, 26, soit 52 0/0, étaient incontestablement infectés, tandis que les 12 autres, soit 24 0/0, n'avaient eu qu'un chancre. Mais ici encore, parmi les malades classés comme non syphilitiques, un certain nombre avaient des antécédents ou des vestiges suspects. Si l'on répartit les cas suivant l'époque d'apparition des symptômes tabétiques après l'infection syphilitique, on arrive aux résultats suivants :

Au bout de 1 à 5 ans, 33. — Au bout de 6 à 10 ans, 99. — Au bout de 11 à 15 ans, 66. — Au bout de 16 à 20 ans, 38. — Au bout de 21 à 25 ans, 13. — Au bout de 26 à 30 ans, 5. — Au bout de 30 à 35 ans, 2. — Date inconnue, 11.

Comme contre-épreuve, Erb a recherché s'il existait des antécédents de syphilis chez 5,500 malades atteints d'affections diverses, y compris la démence paralytique, mais en excluant, bien entendu, les tabétiques et les syphilitiques simples. 12.1 0/0 avaient eu des accidents secondaires ; 10.4 0/0, seulement des chancres, soit en tout 22.5 0/0 d'infectés contre 77.5 0/0 de non infectés.

Quant aux 19 tabétiques femmes, 9, soit 47.4 0/0 étaient indubitablement syphilisées ; 8, soit 42.1 0/0, l'étaient très vraisemblablement ; enfin chez les 2 dernières, soit dans 10.5 0/0 des cas, l'infection n'était pas constatable.

Erb a ensuite recherché l'influence des autres facteurs étiologiques sur l'ataxie locomotrice. Il a pu avoir des renseignements suffisants pour 281 de ses cas.

L'hérédité directe, c'est-à-dire la transmission de la maladie du père au fils, ne joue aucun rôle dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice : sur les 275 malades pour lesquels Erb possède des informations suffisantes, il n'y en a que 2 dont les pères aient été tabétiques et 2 dont un frère l'ait été, mais ces deux frères avaient aussi la syphilis. Une tare neuropathique se rencontrait chez 77 des 271 tabétiques interrogés à cet égard ;

une propre nervosité chez 105 sur 351 ; un refroidissement chez 96 sur 278 ; un traumatisme chez 15 sur 272 (mais pour un seul malade, c'était l'unique cause invoquée) ; enfin 55 ataxiques incriminaient un surmenage ou des émotions.

Parmi les 51 officiers ou militaires assimilés, 49, soit plus de 96 0/0, étaient syphilitiques.

Chez 4 tabétiques, la syphilis était encore en pleine évolution. Erb a observé 3 cas où deux époux ont eu successivement la syphilis et l'ataxie locomotrice. Il conclut que dans la grande majorité des cas l'ataxie locomotrice est une conséquence de la syphilis, qui constitue de beaucoup la cause la plus importante, la plus fréquente et la plus active du développement du tabes (*R. S. M.*, VI, 208 et 209 ; IX, 228 ; XV, 224 ; XVIII, 525 et 526 ; XIX, 636 ; XXV, 53 ; XXVI, 76, 211 et 324 ; XXVII, 176 et 178 ; XXIX, 116 à 118 ; XXXIII, 495 ; XXXVI, 147, et XXXVI, 195.

J. B.

II. — Les rapports de la syphilis et du tabes ne peuvent pas seulement être établis par la statistique. Ils peuvent l'être aussi par les complications cliniques et l'anatomie pathologique. Un certain nombre de symptômes attribués au tabes, hémiplégies, paraplégies, paralysies oculaires en majorité pourraient appartenir plutôt à la syphilis qu'au tabes. Les paralysies nucléaires peuvent être attribuées à l'une ou à l'autre affection.

Partant de cette idée, Minor regarde certaines formes cliniques de tabes comme constituées d'éléments complexes, lésions syphilitiques vraies, lésions et altérations postsyphilitiques.

On peut observer ces accidents nerveux d'ordre syphilitique à la période préataxique du tabes. On peut, au contraire, les voir survenir au cours ou à la période terminale du tabes.

A côté des hémiplégies, des paraplégies, des paralysies oculaires, peut-être faudrait-il encore ranger les névrites comme accidents établissant la liaison de la syphilis et du tabes. Un des malades de Minor présentait la triple association morbide névrite, syphilis et tabes.

Mais si ces rapports sont indiscutables au point de vue pratique, l'efficacité du traitement spécifique n'en reste pas moins absolument subordonnée à la prédominance des lésions vraiment syphilitiques ou des lésions banales de sclérose postsyphilitique. C'est donc surtout au début que ce traitement peut avoir son utilité. A.-F. PLICQUE.

III. — Dans les deux observations que publie l'auteur, le diagnostic de tabes périphérique n'a pas été difficile. La seconde est sur la limite de la forme motrice de la polynévrite.

Dans les deux cas il y a eu, à l'origine, une pyrexie (gastro-entérite fébrile, fièvre typhoïde) survenant chez des sujets sains, non prédisposés par l'hérédité. On a noté en première ligne la parésie des quatre membres. Pas d'altérations limitées au domaine de tel ou tel nerf. Atrophie des muscles parésiés. Modification quantitative, mais non qualitative, de l'excitabilité électrique des muscles. Intégrité des muscles de la face et du tronc.

Les troubles sensitifs étaient plus marqués dans le premier cas que dans le second.

Le trait le plus caractéristique a été la perte soudaine des réflexes tendineux, du sens musculaire et de la coordination (ataxie aiguë de Leyden).

Amélioration rapide par le traitement. L. GALLIARD.

IV. — Westphal, après avoir signalé la disparition presque constante du réflexe rotulien dans l'ataxie locomotrice, a indiqué ultérieurement (*R. S. M.*, XXIV, 184, et XXXI, 105) que ce phénomène morbide tenait à une lésion de la zone d'entrée des racines à la limite des moelles dorsale et lombaire. Si donc on remarque généralement l'abolition précoce du réflexe rotulien chez les ataxiques, c'est parce que d'habitude les altérations anatomiques débutent par le segment inférieur de la moelle.

Aussi dans l'ataxie les réflexes rotuliens peuvent être conservés soit que tout en commençant par la partie inférieure de la moelle la maladie ait, contre la règle, laissé indemne le point de Westphal, soit que l'affection, débutant insolitement par la moelle cervicale, n'ait pas encore atteint ce point.

D'un autre côté, Eichhorst prouve, par une observation, que dans le tabes cervical on peut noter l'abolition du réflexe rotulien, alors même que le point de Westphal est demeuré indemne. L'autopsie a montré que cette anomalie s'expliquait par une névrite parenchymateuse interne des nerfs cruraux.

Cette observation démontre que, dans certains cas d'ataxie, la suppression du réflexe rotulien, au lieu d'être sous la dépendance immédiate de l'affection médullaire, s'explique par l'interruption de l'arc réflexe occasionnée à la périphérie par une névrite concommitante. J. B.

Des formes de l'ataxie aiguë, par LEYDEN (*Zeitsch. f. klin. Med., XVIII*, 5 *et* 6).

Leyden pense qu'il existe deux formes d'ataxie aiguë, l'une centrale ou cérébrale, l'autre sensitive. Toutes deux ont une marche rapide et un début brusque, et se rencontrent au cours de maladies aiguës. Dans la forme centrale, les symptômes sont les suivants : parole lente, embarrassée, troubles psychiques, incoordination motrice sans perte de la force et intégrité de la sensibilité. Le tableau clinique ressemble à celui de la sclérose en plaques, et vraisemblablement correspond à des lésions bulbo-protubérantielles.

L'ataxie sensitive ressemble à la forme de tabes associée à la névrite périphérique. Comme la forme précédente, elle peut être la suite de maladies aiguës, mais reconnaît d'autres causes. Leyden cite le cas d'un individu anciennement syphilitique et rhumatisant, chez lequel les symptômes apparurent nettement à la suite d'un refroidissement. Il souffrait de crampes, de douleurs fulgurantes, d'engourdissement et d'ataxie des membres inférieurs, avec perte des réflexes tendineux. Les membres supérieurs étaient indemnes. A.-F. PLICQUE.

I. — L'analgésie et l'atrophie des testicules dans l'ataxie locomotrice progressive, par BITOT et SABRAZÈS (*Revue de médecine*, 10 *novembre* 1891).

II. — Note sur un cas d'anesthésie des testicules dans l'hystérie, par BITOT et SABRAZÈS (*Journ. méd., Bordeaux*, 3 *janvier* 1892).

I. — Sur 37 ataxiques avérés Bitot et Sabrazès ont obtenu les résultats suivants :

Testicules normaux des deux côtés = 9.

Testicules nettement hypo-algésiques d'un seul côté = 2.
Testicules nettement hypo-algésiques des deux côtés = 8.
Testicule absolument analgésique d'un seul côté = 1.
Testicules absolument analgésiques des deux côtés = 17.

L'examen histologique des nerfs du cordon n'a pas permis d'y déceler de traces de névrite; celui des glandes testiculaires a montré l'épaississement des parois canaliculaires et en quelques points une prolifération endocanaliculaire en éperon du tissu conjonctif. Les espaces péricanaliculaires étaient constitués par des bandes assez épaisses de tissu conjonctif adulte dont les faisceaux ondulés et les cellules se sont laissé vivement colorer par le picro-carmin et l'éosine hématoxylique.

A un fort grossissement on trouvait dans les canalicules un nombre d'éléments cellulaires relativement très peu considérable; ils étaient piriformes, bifurqués, étoilés, desquamés et irrégulièrement éparpillés dans les tubes séminifères, ne délimitant par conséquent plus la lumière étroite qu'ils circonscrivent à l'état physiologique au centre du canal.

Dans les espaces intercanaliculaires considérablement sclérosés, à côté des cellules allongées de tissu conjonctif, se trouvent d'autres cellules plus volumineuses, arrondies ou en grains de blé, d'aspect légèrement granuleux, contenant les unes un seul gros noyau muni de plusieurs nucléoles, les autres deux noyaux. C. GIRAUDEAU.

II. — Homme de 20 ans, atteint d'attaques ayant tous les caractères de la grande attaque d'hystérie. L'examen des testicules et des fonctions génésiques fournit les renseignements suivants : affaiblissement marqué de la fonction; anesthésie au contact, au pincement, à la piqûre, au chaud et au froid, des bourses, du gland, du fourreau de la verge et de la région pubienne; anesthésie absolue des deux testicules ; conservation du réflexe testiculaire. Pas de maladie antérieure à la localisation testiculaire; pas de signes d'ataxie. OZENNE.

Paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice, par SCHNELL. (*Cong. Associat. franç., Marseille*, 1891).

La paralysie staphylienne apparaît dans la période d'état. Il est rare que son apparition se décèle par des phénomènes bruyants : le malade n'accuse généralement pas de troubles de la parole ou de la déglutition. C'est donc un symptôme qui demande à être recherché. Deux modalités se présentent : la luette est pendante, insensible aux excitations, demeurant immobile durant l'émission des sons ; l'orifice de l'isthme du gosier n'est pas déformé ; paralysie complète de l'azygos ; la luette est déjetée à droite ou à gauche, indiquant une paralysie unilatérale ; la courbe formée par le pilier dont s'éloigne la luette est plus large que celle fournie par le pilier opposé.

La paralysie des muscles staphylo-palatins peut être accompagnée d'hémiatrophie de la langue et de paralysie de la corde vocale du côté correspondant. A. C.

Un cas de maladie de Morvan, par GRASSET (*Montpellier médical, n° 1, p.* 27, 1892).

Grasset rapporte un cas de maladie de Morvan, avec dissociation de

la sensibilité (perte de la sensibilité thermique, conservation de la sensibilité au tact). Il admet avec Charcot que le syndrome syringomyélique peut faire partie du tableau symptomatique de la maladie de Morvan, mais ajoute que ce syndrome n'est pas absolument nécessaire à la constitution de la maladie et que de plus il peut être passager, précédant l'anesthésie complète. G. LYON.

I. — Vorstellung eines Falles von Rückenmarksblutung mit stereognostischen Defect (Hermatomyélie traumatique), par EWALD (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 31, *p*. 781, 3 *août* 1891).

II. — Hémorragie primitive de la moelle, par BOINET (*Cong. Assoc. franç.*, *Marseille,* 1891).

I. — Homme de 41 ans. Le 14 septembre 1890, à la suite d'une chute sur les omoplates, paralysie des quatre membres, sans perte de connaissance; peu après, raideur du dos avec violentes douleurs dans les masses musculaires droites, élancements dans le mollet gauche et céphalalgie. Réapparition des mouvements au bout de six semaines dans les membres droits et quatre semaines plus tard dans les gauches. État le 10 avril 1891 : engourdissement des mains et des pieds; faiblesse et crampes dans les membres; par intervalle, douleur en ceinture et céphalalgie occipitale. Fonctions sphinctériennes normales ainsi que les urines. Il n'existe de points douloureux qu'au niveau des apophyses épineuses des derniers thoraciques et des vertèbres lombaires. Aucun symptôme du côté des nerfs craniens. Pupilles normales, pas de rétrécissement du champ visuel. Sensibilité conservée aux quatre membres dans toutes ses modalités, pas de retard dans la perception ni de perception secondaire. Les muscles du bras gauche, surtout les extenseurs, sont très affaiblis. Parésie des muscles des pouces, plus marquée pour les extenseurs. Mains légèrement recourbées en griffes avec pouces repliés. Au repos, les talons sont élevés et les orteils en extension exagérée. Troubles de la coordination au bras gauche et aux membres inférieurs, surtout à gauche. Les yeux fermés, il n'est pas possible au malade de se boutonner; avec sa main gauche, il est incapable de saisir le bout de son nez. Quoique cet homme distingue bien les différentes impressions tactiles, quand il a les yeux fermés, il est hors d'état de reconnaître les objets qu'on lui met dans les mains. Signe de Romberg très net. Exagération considérable des réflexes rotuliens, surtout à gauche; trépidation épileptique des deux pieds. Exagération du réflexe de la plante du pied droit. État normal des réflexes du crémaster et des parois abdominales. Réflexe périostique exagéré au bras gauche. Démarche ataxique très marquée. Au repos, survient parfois un tremblement des quatre membres seulement. Pas de tremblement dans les mouvements volontaires. Réaction faradique et galvanique normale. Le 27 avril, on constate déjà une amélioration notable : marche moins spasmodique et possible les yeux fermés. La trépidation épileptoïde n'existe plus qu'au pied gauche. La contracture des fléchisseurs digitaires a disparu. Légère atrophie en certains points du membre inférieur gauche. En juillet, Ewald note encore une nouvelle amélioration. J. B.

II. — Exemple d'hémorragie primitive de la moelle survenue à la suite d'un bain de mer prolongé. Le malade ne présentait aucun antécédent morbide. En vingt-quatre heures, la paralysie des membres inférieurs et supérieurs fut complète ; au deuxième jour survinrent des troubles de la parole, puis de la déglutition, et le malade succombait au quatrième jour à l'asphyxie par paralysie bulbaire.

A l'autopsie, on trouva des foyers hémorragiques en divers points : région cervicale, dorsale et lombaire. A. C.

De la polyurie chez les malades atteints de sciatique, par DEBOVE et RÉMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *octobre* 1891).

Les auteurs ont observé dans quatre cas une polyurie passagère, survenant avec le début des douleurs sciatiques, et disparaissant avec la névralgie ; ils admettent une influence de l'excitation de la partie centrale du nerf sciatique sur la sécrétion urinaire, par augmentation de la pression artérielle. Mathieu a observé le même fait dans deux cas de sciatique. H. L.

Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moelle, d'origine traumatique, simulant la syringomyélie, par CHARCOT (*Arch. de neurol., septembre* 1891).

Homme de 22 ans reçut à l'âge de 18 ans une balle de carabine, de 5 à 6 millimètres de diamètre à la partie postérieure du cou, à 1 centimètre de la ligne médiane, à la hauteur de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Balle non extraite. Effets immédiats : paralysie des membres supérieur et inférieur droits, de ce dernier surtout. Au bout de 4 à 5 jours, le blessé commence à marcher, et, deux mois et demi après, complètement guéri, il reprend son métier de boulanger. Il y a un an, en soulevant un sac de 125 kilogrammes, il ressent une violente douleur avec une sensation de suffocation qui l'oppresse pendant dix minutes. Il se couche, et, le lendemain, éprouve de la faiblesse dans la jambe droite. Cette faiblesse augmente, puis raideur du membre. Bientôt la main droite s'affaiblit puis s'atrophie. Quand le malade entra à la Salpêtrière, différents symptômes pouvaient faire croire à l'existence d'une syringomyélie. Charcot n'admet pas la syringomyélie, car les troubles de la sensibilité correspondent au bras et à l'avant-bras, à la zone d'innervation du nerf brachial cutané interne, ce qui indique non une lésion de la moelle, mais une lésion d'un nerf périphérique. Or le brachial cutané interne, nerf sensitif, émane de la première paire dorsale qui fournit aussi, selon toute probabilité, des fibres nerveuses purement motrices au nerf cubital, de même qu'au médian. La lésion de cette première paire dorsale explique tous les phénomènes présentés par le bras malade. Elle explique également, par un de ses rameaux qui appartiennent au grand sympathique (le rameau communiquant), les phénomènes oculaires. On doit donc admettre que la balle de la carabine a pénétré dans le corps de la première ou de la deuxième vertèbre dorsale, qu'elle y a déterminé un travail d'inflammation lente, et que, par suite d'un effort, l'os s'est effondré, écrasant le premier nerf dorsal dans le trou de conjugaison, et comprimant la moitié correspondante de la moelle, d'où hémilésion médullaire, suivie de dégénération descendante, et réalisation à peu près parfaite du syndrome de Brown-Séquard.

DESCOURTIS.

Hémiatrophie faciale progressive, par POPOFF (*Arch. de neurol., novembre* 1891).

Jeune fille, 25 ans, n'ayant pas de graves prédispositions héréditaires neuro- ou psychopathiques. Réglée à 22 ans. Chaque menstruation est précédée de faiblesse générale, maux de tête, vertige, parfois de troubles visuels. A l'âge de 17 ans, on avait remarqué que le côté droit de la face était toujours plus pâle que le gauche, et, si elle rougissait, c'était toujours plus faiblement à droite qu'à gauche. Il y a quatre ans que, dans la région temporale droite, se montra un enfoncement qui paraissait et disparaissait par intervalles. Depuis un an, à la suite de maux de dents très violents du côté droit de la mâchoire inférieure, toute la moitié droite de la face s'est

amaigrie, et depuis lors l'enfoncement de la tempe droite persiste. Les muscles, de ce côté, paraissent également plus minces. Le nez et la langue prennent part à cette atrophie qui se continue jusqu'à la fosse sus-épineuse. La réaction des muscles du côté droit de la face est considérablement augmentée au courant galvanique et au courant faradique, mais ne présente pas d'altération de qualité. La sensibilité est intacte et tous les sens fonctionnent d'une manière normale.

Popoff suppose que c'est surtout dans l'affection du nerf sympathique qu'il faut, dans le cas présent, rechercher la cause du mal. DESCOURTIS.

L'isterismo tossico, par R. MASSALONGO (*La Riforma medica*, n° 155, *juillet* 1891).

Exposé très complet de l'histoire de l'hystérie toxique, basé presque entièrement sur les travaux de l'école française à laquelle l'auteur rend d'ailleurs une entière justice. Cette leçon est destinée à la vulgarisation de cette idée, classique en France, mais encore insuffisamment reconnue à l'étranger, qu'un grand nombre de phénomènes nerveux survenant au cours des intoxications chroniques sont de nature hystérique. G. THIBIERGE.

Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu communs ; attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière, par GILLES DE LA TOURETTE (*Progrès médical*, 1er *août* 1891).

L'auteur rapporte 5 observations de névralgies faciales de nature hystérique. Dans un cas la névralgie durait 1 à 2 heures, puis survenait la crise convulsive. Ces attaques, à plusieurs années d'intervalle, durèrent en série, d'abord 15 jours, puis un mois et demi, puis encore quelques semaines. Les douleurs étaient limitées au nerf sous-orbitaire gauche, et au filet du temporal. Dans deux autres cas il y avait une sorte d'état de mal névralgique. Les crises douloureuses revenaient deux ou trois fois par semaine ; dans le dernier cas, où les traitements les plus variés avaient échoué, et où la morphinomanie s'était manifestée, l'hypnotisme suivi de suggestion amena la guérison. Dans tous les cas la crise était vespérale, tandis que dans le tic douloureux ordinaire elle est matutinale.

Gilles a observé un seul cas de syndrome de Ménière, suivi après chaque crise d'attaques classiques d'hystérie. H. L.

Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution de ce syndrome, par BABINSKI (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *novembre* 1891).

Un homme hystérique et suggestionnable se présente le 21 octobre, se plaignant de polyurie remontant à huit jours, avec exagération de l'appétit et de la soif ; la quantité quotidienne des urines, pendant une période d'observation, varie de six à huit litres et demi ; le 27 octobre, le malade est endormi, on lui suggestionne que sa polyurie s'atténuera le jour même ; dès le lendemain la quantité tombe à 1,500 grammes ; le 31 octobre, on l'endort à nouveau, on suggestionne le retour de la polyurie ; la quantité émise dans les 24 heures suivantes est de huit litres et demi ; après une nouvelle série de suggestions, on lui suggère la disparition persistante de la polyurie. Babinski conclut que la polyurie peut être une manifestation de l'hystérie et qu'elle peut guérir par la suggestion.

Debove rapporte deux observations à l'appui de l'opinion de Babinski. H. L.

Un accès de tachycardie provoqué par un traumatisme, par LE DENTU (*La médecine moderne, p.* 45, 28 *janvier* 1892).

Homme de 49 ans, cocher, tombé de son siège, et s'étant fait sur le crâne une plaie de 20 centimètres de long sans fracture ; à l'entrée, le pouls est lent et irrégulier. Le surlendemain de l'accident, le malade n'a pas dormi et a parlé toute la nuit. T = 37°,8 ; le pouls a une rapidité telle que, par moments, on ne peut le compter : il oscille entre 200 et 240 pulsations par minute ; pas de souffle cardiaque ; les mouvements respiratoires sont un peu plus fréquents que normalement ; pas de sucre ni d'albumine ; dans la soirée, le pouls est lent (70), irrégulier avec une intermittence sur 3 battements. Le pouls, encore irrégulier le lendemain, se régularise les jours suivants et sa fréquence reste normale.

Le malade était depuis longtemps sujet à des palpitations cardiaques, survenant souvent sans raison et ne durant guère plus de 10 minutes.

L'accès de tachycardie survenu à la suite du traumatisme doit être considéré comme de nature purement nerveuse. GEORGES THIBIERGE.

Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux, par CHARCOT (*Arch. de neurol., janvier* 1892).

Charcot appelle ces bruits laryngés, tout en reconnaissant que les muscles d'expiration et d'inspiration entrent également en jeu, en même temps parfois que les voies aériennes supérieures. Au point de vue du mécanisme qui préside à leur production, ces bruits peuvent être ramenés à deux chefs. Les uns sont expiratoires et faits sur le modèle de la toux. Les autres sont au contraire inspiratoires et faits sur le modèle du hoquet. On les a comparés à des aboiements, à des hurlements, à des miaulements, à des grognements, à des mugissements, etc., et il ne paraît pas douteux qu'il y ait parfois imitation de ces divers bruits par les malades.

Les bruits laryngés des hystériques présentent des caractères communs. Ils se montrent souvent sous forme d'accès, revenant aux mêmes heures, surtout le soir, et cessant en général pendant le sommeil. Ils restent isolés les uns des autres, ou au contraire se groupent par séries. Malgré leur répétition ou leur intensité, ils provoquent seulement un peu de fatigue, mais ni dyspnée bien marquée ni suffocation. Ils atteignent les jeunes gens des deux sexes, âgés de moins de 25 ans, et constituent des phénomènes d'hystérie locale, comme s'il existait une sorte d'antagonisme entre cette forme et les autres. Ils se développent le plus souvent tout à coup et disparaissent brusquement, mais les récidives sont fréquentes et les préparations pharmaceutiques restent sans influence sur eux. On reconnaîtra qu'ils sont de nature hystérique par la présence bien constatée des stigmates. Toutefois ceux-ci peuvent faire complètement défaut. Le diagnostic différentiel est assez facile entre les bruits laryngés hystériques et ceux de la chorée vulgaire. Il est plus délicat lorsqu'il s'agit de ceux de la maladie des tics. Quant à l'étiologie de ces bruits, Charcot insiste sur leur origine fréquemment contagieuse et montre qu'ils se développent alors chez des sujets impressionnables comme on l'observe dans le somnambulisme artificiel. DESCOURTIS.

Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde, probablement d'origine hystérique, par CHARCOT (*Revue de médecine, février* 1892).

Observation d'une femme de 34 ans, bien portante jusque-là, qui, à l'occasion d'une émotion morale profonde et pénible (on vint lui annoncer brusquement que son mari était mort et qu'on allait l'apporter chez elle), fut prise de perte de connaissance avec manifestations délirantes ayant duré près de vingt-quatre heures et suivies de léthargie pendant une période à peu près égale. Lorsque cette malade revint à elle, elle avait perdu le souvenir de tout ce qui s'était passé six semaines avant sa crise hystériforme (amnésie rétrograde), et, en outre, tous les événements écoulés depuis le jour de l'accident ne laissent dans son esprit aucune trace durable. Aussitôt passés, elle en a perdu le souvenir apparent (amnésie antérograde). Cette malade hypnotisable a, au contraire, lorsqu'elle est hypnotisée, gardé le souvenir de tout ce qui s'est passé aussi bien jusqu'au jour antérieur à l'émotion pénible qu'elle a éprouvée que les jours suivants. La nuit même, en rêve, elle parle tout haut et les mots qu'elle émet prouvent que sa perte de mémoire pour les choses récentes est plus apparente que réelle, car elle fait alors allusion à des événements qui se sont passés soit la veille, soit le jour précédent. Bien que la malade ne présente pas de stigmatiques hystériques, Charcot pense qu'il s'agit là d'une amnésie hystérique. C. GIRAUDEAU.

Anorexie hystérique. Formes pathogéniques. Traitement moral, par SOLLIER (*Revue de médecine, août* 1891).

Sollier groupe les causes de l'anorexie hystérique sous quatre chefs principaux : 1° Causes morales (coquetterie, désir de s'amincir la taille, besoin de se rendre intéressante, dégoût de la vie, obstination, entêtement par simple amour de la contradiction). 2° Anorexie vraie, c'est-à-dire perte du sens de la faim ; anesthésie du goût et de l'estomac (cause très fréquente). 3° Accidents nerveux provoquant une appréhension (spasmes œsophagiens, gastralgie par hyperesthésie de la muqueuse gastrique, attaques provoquées par le contact de points hystérogènes situés sur le trajet du tube digestif, particulièrement à l'estomac, par les aliments ; vomissements). 4° Illusions sensoriales consistant surtout en macropsie (aliments trop volumineux, trop abondants).

Le traitement préconisé par Sollier, c'est l'isolement dans un établissement spécial où la malade se trouvera sous la domination absolue du médecin résident. C. GIRAUDEAU.

De l'état de mal migraineux, par Ch. FÉRÉ (*Revue de médecine, janvier* 1892).

Feré rapporte l'observation d'un malade atteint de migraine, d'abord simple, puis accompagnée, chez lequel, au bout de plusieurs années, chaque migraine se composait d'une série d'accès pouvant s'élever jusqu'à neuf et durer alors quatre à cinq jours. Pendant presque tous les accès, apparaissaient des troubles visuels (scotome scintillant, hémianopsie) ainsi que des manifestations paralytiques passagères du côté des membres.

A propos de ces dernières, Féré se demande comment, dans certains cas de spasme artériel invoqué pour expliquer les paralysies, l'aphasie peut aboutir à l'oblitération définitive des artères transformant alors une paralysie passagère en une paralysie permanente. Bien qu'il n'ait pu recueillir que quelques observations de ce genre, il pense que les individus ainsi frappés sont presque toujours des gens avancés en âge et par suite athéromateux. C. GIRAUDEAU.

Diffusione sistematica dei reflessi nell' uomo, par TANZI (*Rivista sper. di Freniatria, XVII, p.* 135).

Histoire d'un malade atteint de stupeur, chez lequel les réflexes tendineux étaient considérablement augmentés et présentaient une diffusion très marquée aux autres muscles du membre et même à ceux du côté opposé. Pendant les exagérations de l'état de stupeur, cette rémission disparaissait, et les réflexes devenaient normaux; l'administration de quelques grammes de bromure suffisait non seulement à empêcher l'irradiation des reflexes, mais encore à produire leur abolition. PIERRE MARIE.

Ueber das Vorkommen der idiopathischen Tetanie in Berlin, par M. BERNHARDT (*Berlin. klin. Wochens., n°* 26, *p.* 633, 29 *juin* 1891).

Bernhardt rapporte 3 cas qu'il a observés à Berlin chez des adultes ; le 1er concerne un cordonnier de 34 ans (les cordonniers comptent pour près de la moitié dans les observations publiées) ; le 2e un jeune homme de 16 ans et le dernier une femme de 26 ans qui avait récemment accouché et essayé, quoique faible, de nourrir son enfant. Chez tous trois, l'affection existait depuis un certain temps, voire des années chez les 2 hommes. Il n'y avait d'hérédité sérieuse que chez le jeune homme.

Tous les malades de Bernhardt présentaient une exagération de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles, une exagération de l'excitabilité mécanique des nerfs (signe de Schulze et de Chvostek) tandis que le signe de Trousseau n'était bien marqué que chez la femme.

Les réflexes rotuliens existaient chez tous, mais pour les faire apparaître, chez le jeune homme et chez la femme, il fallait recourir à l'artifice de Jendrassik.

Le cordonnier avait une cataracte zonulaire double. Comme Meinert (*Arch. f. Gynækol.* XXX) a signalé un fait analogue dans un cas de tétanie puerpérale et qu'Arlt mentionne cette lésion oculaire chez les enfants rachitiques qui ont eu des convulsions, Bernhardt se demande s'il s'agit là d'un trouble trophique.

Un dernier fait intéressant, c'est que le jeune homme à tare nerveuse héréditaire avait des fibres à myéline dans sa rétine gauche, anomalie rare, car Horner de 1872 à 1883, ne l'a observée que 59 fois sur 52,180 malades. (*R. S. M.*, VII, 144, 517 ; IX, 641 ; X, 113 ; XXI, 230 et 602; XXX, 209; XXXII, 137, XXXIII, 133, 499 ; XXXV, 523 et 524 et XXXVIII, 199). J. B

Ein Fall von Tetanie mit Intentionskrampfen (Contractures volontaires), par KASPAREK (*Wien. klin. Woch., n°* 44, 1890).

Un homme de 22 ans fut atteint de tétanie classique, dont les premières manifestations parurent succéder à une insolation. Quelques-uns des accès s'accompagnèrent de perte de connaissance, symptôme peu fréquent, qui dans ce cas semblait lié à des contractures des muscles respiratoires. Les mouvements volontaires énergiques donnaient lieu à des contractures persistantes des muscles mis en action par l'influence de la volonté, sans participation des antagonistes.

Une injection de 0^{gr}, 02 de pilocarpine donna lieu à une transpiration abondante et à des mouvements cloniques (sans perte de connaissance) dans les quatre membres, avec trismus et opisthotonos ; puis survint une salivation telle qu'en douze heures le malade rejeta 2 litres de salive épaisse. Enfin il s'endormit, et à son réveil la raideur des membres inférieurs avait disparu. LEFLAIVE.

Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique, par BOUVERET et DEVIC (*Revue de médecine, janvier et février* 1892).

La tétanie d'origine gastrique n'apparaît que dans les cas de dilatation stomacale avec hypersécrétion gastrique. On doit opposer ces cas bien étudiés par Reichmann et Riegel aux dilatations atoniques et anachlorhydriques, celle par exemple du second degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique dans lesquelles les crises gastralgiques et les vomissements font défaut.

Parmi les 23 observations réunies par Bouveret et Devic, 12 furent suivies d'autopsie, et il est intéressant de remarquer que dans toutes on a trouvé soit des ulcères en activité, soit des cicatrices d'anciens ulcères. Dans un cas l'ulcère était accompagné d'un cancer du pylore.

La tétanie dans toutes ces observations peut revêtir trois formes principales : 1° contraction des extrémités ou tétanie à proprement parler, survenant sous forme d'accès, occupant les muscles des mains et des avant-bras, des pieds et des jambes, et respectant ceux de la face, du cou et du tronc. Le plus souvent les parties contracturées sont immobilisées dans l'extension. Les accès durent de quelques minutes à plusieurs heures. Ordinairement ils se répètent plusieurs fois. Si l'accès est long, il est entrecoupé de périodes d'accalmie. La contracture est douloureuse. Le patient à des douleurs spontanées dans ses muscles rigides, et ces douleurs sont exaspérées par la mobilisation des parties contracturées. Le spasme tonique est exagéré et même provoqué par les excitations mécaniques, la compression des artères et des nerfs du membre intéressé. Les muscles tétanisés présentent une exagération notable des excitabilités faradique et galvanique. La sensibilité générale reste indemne : on a parfois noté un certain degré d'hyperesthésie. Cette première forme est la plus commune.

2° Tétanisme plus ou moins généralisé. C'est assez bien l'image d'un accès de tétanos. La contracture envahit d'abord les extrémités, puis elle s'étend aux muscles de la face, du cou et du tronc. Il y a aussi des moments d'accalmie, durant lesquels la contracture cesse ou abandonne le tronc et la face. Parfois les membres contracturés sont secoués par des convulsions cloniques intermittentes. Cette forme est grave ; la contracture prolongée des muscles du thorax peut déterminer l'asphyxie.

3° Convulsions toniques et cloniques généralisées, avec perte de connaissance, suivies d'une période de coma et rappelant tout à fait les convulsions d'une attaque d'épilepsie.

La contracture est le symptôme dominant, mais non pas l'unique symptôme et c'est là l'un des points les plus intéressants de la question. Ainsi, dans presque tous les cas les vomissements deviennent plus fréquents et plus abondants avant et pendant la crise.

La dyspnée est un symptôme très commun surtout dans les formes généralisées; le pouls est souvent fréquent et faible. Les pupilles sont ordinairement, si le cas est grave, rétrécies et peu sensibles à la lumière. On a plusieurs fois noté l'élévation de la température centrale pendant et après les accès intenses. L'intelligence est parfois troublée, la mémoire obscurcie, la vue confuse, la parole difficile ; le délire et l'agitation sont des symptômes graves qui précèdent ordinairement le coma et la

terminaison fatale. L'albuminurie a été constatée plusieurs fois, ainsi que la céphalalgie, et l'augmentation de la sueur.

Tous ces troubles sont comparables mais non semblables à ceux que l'on constate dans certaines intoxications, dans l'urémie par exemple. Il semble qu'une matière toxique soit produite dans l'estomac dilaté grâce à la rétention des ingesta; elle pénètre dans la circulation et produit ainsi des phénomènes convulsifs.

La nature de cette substance toxique est un sujet de controverse. Elle procède vraisemblablement du trouble même du chimisme stomacal. Elle n'est pas constituée toutefois par la *peptotoxine*. Celle-ci, d'après Bouveret et Devic, prendrait naissance au cours des opérations de l'extraction et n'existerait pas dans la cavité stomacale à l'état normal. Mais on peut se demander si elle ne se forme pas dans les conditions anormales de la digestion d'un estomac hypersécréteur et dilaté.

Les auteurs sont parvenus à préparer un extrait alcoolique très convulsivant en évaporant les liquides de digestion et les solutions alcooliques à l'étuve à 39°. Avec une digestion d'un mois, on peut déterminer par injection intraveineuse de véritables convulsions tétaniques. La nature de cette substance convulsivante est encore indéterminée; il est probable toutefois qu'il s'agit d'une syntonine à laquelle l'alcool donne des propriétés nouvelles : une odeur vireuse, la toxicité et le pouvoir convulsivant. Il faut donc supprimer complètement l'alcool dans tous les cas d'hypersécrétion permanente et surtout dans ceux qui sont compliqués de rétention gastrique. Lorsque la tétanie a paru, le meilleur traitement consiste à évacuer et à laver l'estomac avec la sonde.

C. GIRAUDEAU.

Del rumore presistolico, par I. CANTALAMESSA (*La Riforma medica, p.* 301, 5 *mai* 1891).

Le bruit de souffle que l'on entend avant le premier bruit du cœur dans le rétrécissement mitral, dans les lésions complexes de la valvule mitrale et dans l'insuffisance aortique est bien réellement présystolique et non systolique comme le prétend Dickinson. Ce bruit de souffle n'est pas pathognomonique du rétrécissement mitral, puisqu'on peut le rencontrer, quoique rarement, dans l'insuffisance aortique. La constatation de ce bruit n'autorise donc pas à conclure cliniquement à l'existence du rétrécissement mitral quand on ne peut pas, par la recherche des autres signes physiques, exclure la possibilité d'une insuffisance aortique.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Erkrankungen des Herzmuskels... (Des maladies du myocarde dans la fièvre typhoïde, la scarlatine et la diphtérie), par E. ROMBERG (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLVIII, p.* 369).

II. — Beitrag zur Kenntniss der idiopatischen Herzmuskelerkrankungen..., par KREHL (*Ibidem, XLVIII, p.* 414).

I. — Quelle que soit la diversité des lésions rencontrées on peut dire que toujours la myocardite interstitielle coexiste avec la dégénérescence parenchymateuse. De petites cellules rondes, infiltrent le tissu conjonctif du myocarde, il y a une myocardite aiguë. Il est difficile de dire si la

dégénérescence parenchymateuse est due à la température ou à l'infection; on doit cependant remarquer la fréquence et l'étendue des lésions dans la diphtérie où la fièvre n'est ni élevée, ni longue, et leur rareté dans la fièvre typhoïde et la scarlatine. La myocardite évolue d'une façon complètement indépendante de la dégénérescence. On ne peut en faire ni une forme de réaction, ni la cause de la dégénérescence. Les recherches bactériologiques faites pour en déterminer la cause sont restées infructueuses, dans tous les cas rien ne permettait de la rattacher à une infection secondaire. Plus vraisemblablement elle est due à l'action sur le cœur de produits toxiques solubles, de toxalbumines. Il s'agit donc dans tous ces cas d'une myocardite infectieuse aiguë.

II. — L'hypertrophie du cœur, qui ne peut être rapportée à une lésion valvulaire, à une cause matérielle siégeant loin du cœur mais seulement à un excès de travail, peut arriver à l'insuffisance quand il existe dans le myocarde des alterations anatomiques. La plupart du temps il s'agit de buveurs et on trouve dans le myocarde des lésions d'inflammation chronique interstitielle récentes ou anciennes. Les fibres musculaires elles-mêmes sont devenues granuleuses ou même dans quelques cas sont en état de dégénérescence graisseuse avancée. La sclérose artérielle, pouvant aller jusqu'à l'endartérite oblitérante, coexiste avec ces lésions. A coté de l'action de l'alcool il semble que l'on puisse incriminer des infections de nature encore inconnue; la syphilis a aussi été notée. C. LUZET.

De la myocardite interstitielle chronique, par BARD et PHILIPPE (*Revue de médecine, mai, juillet et août* 1891).

Ce travail, basé sur de nombreuses observations, a surtout pour but de montrer que bon nombre de myocardites chroniques se développent primitivement en dehors de toute altération vasculaire. C'est le tissu conjonctif interstitiel qui est pris tout d'abord; il y a à son niveau une véritable prolifération active qui étouffe peu à peu et finit par faire disparaître par places les faisceaux musculaires. Il ne s'agit donc pas dans ces cas d'atrophie primitive de ces derniers avec prolifération consécutive du tissu conjonctif destiné à combler les vides ainsi produits. L'existence d'une périartérite sans endartérite concomitante ne suffit pas pour faire admettre l'origine vasculaire de la sclérose. Les points du cœur le plus souvent affectés sont ceux qui travaillent le plus : ainsi la pointe du cœur, la base des ventricules au voisinage des orifices artériels, les piliers des ventricules, sont les sièges d'élection de cette variété de myocardite.

Au nombre des causes se placent en première ligne les intoxications, le rhumatisme, toutes les maladies générales y compris la syphilis et la tuberculose.

Les principaux signes différentiels sur lesquels ils se basent pour établir l'existence de cette variété morbide peuvent se diviser en trois périodes : 1° Période de latence, dans laquelle on observe parfois une respiration courte, une oppression facile dans les mouvements musculaires pendant la marche, surtout dans l'ascension des escaliers, ou encore à la suite d'émotions morales, des douleurs sourdes dans la région précordiale, de légères modifications du pouls et du rythme cardiaque. 2° La période d'état ou de compensation est caractérisée par de l'hyper-

trophie cardiaque, reconnaissable à ses signes habituels, et ordinairement modérée. Le pouls radial est fort, tendu, plein, accéléré ; les battements cardiaques, et c'est là un signe d'une importance capitale, sont irréguliers; l'arythmie consiste en de véritables salves de battements précipités, séparés les uns des autres par un nombre plus ou moins grand de pulsations rythmiques; tantôt, mais plus rarement, les contractions rapides ou affaiblies sont irrégulièrement entremêlées au milieu des contractions normales ; dans les cas extrêmes, on arrive à ce que les premiers écrivains de l'auscultation appelaient le délire cardiaque. Chez quelques malades ces salves surviennent avec une certaine régularité apparente. Enfin on note des palpitations et des douleurs sourdes dans la région précordiale. 3° La troisième période, ou période asystolique, ne se distingue guère de celle qui accompagne les affections valvulaires : notons cependant la possibilité de l'apparition d'un souffle mitral d'insuffisance fonctionnelle. Ce souffle disparaît ou s'atténue sous l'influence de la digitale, à l'inverse des souffles liés aux lésions valvulaires organiques.

Bard et Picq tendent donc à rattacher à la myocardite interstitielle chronique la plupart des symptômes que Huchard rapporte à la forme arythmique de l'artériosclérose. Le diagnostic, basé sur les symptômes que nous avons énumérés, devra cependant être fait avec toutes les causes d'arythmie du cœur, physiologique, sénile, réflexe, etc., avec le cœur graisseux et avec les lésions cardiaques consécutives aux néphrites.

C. GIRAUDEAU.

Oblitération de la veine cave supérieure, par COMBY (*Bull. méd.*, 10 *janvier* 1892).

Homme de 36 ans, boucher, présentant comme antécédents une fièvre typhoïde, une pneumonie; syphilitique et légèrement alcoolique. Depuis 18 mois, crises douloureuses précordiales, puis successivement, gonflement de la face, dilatation des veines abdominales, cyanose, étouffements. A son entrée à l'hôpital, la turgescence de la face est énorme, œdème limité à la moitié supérieure du corps, cordons durs au niveau des jugulaires, développement de la circulation collatérale sur le thorax. Au cœur, battements fréquents, 120 à 130, souffle systolique propagé sur la clavicule. Matité étendue au niveau du sternum; pas de thrill. Pas de lésion des viscères. Pas d'albuminurie. Un traitement antisyphilitique n'amène aucune modification.

Comby diagnostique une oblitération de la veine cave supérieure, par compression d'une tumeur du médiastin, probablement d'un anévrisme. Il rappelle le travail d'Oulmont sur ce sujet (*Soc. méd. d'observ. Paris*, 1855).

A. CARTAZ.

Maladie de Basedow avec myxœdème, par SOLLIER (*Revue de médecine*, *décembre* 1891).

Sous ce titre, Sollier publie les observations de deux malades, l'une chez laquelle il existait de l'œdème des creux sus-claviculaires, de la face, des mains et des pieds et de plus tous les symptômes d'un goître exophtalmique. Ce n'est là en somme qu'un cas de maladie de Basedow avec œdème généralisé sans albuminurie.

L'autre malade présentait également avec les signes d'un goître exophtalmique un œdème surtout prononcé au niveau des extrémités, au niveau des

creux sus-claviculaires, du cou, du tronc et même de la face. Cet œdème était dur et ne se laissait pas déprimer comme l'œdème ordinaire. Les extrémités osseuses *paraissaient* élargies. De nombreuses taches pigmentaires se remarquaient en divers points du corps. Sous l'influence d'un traitement électrique basé sur la faradisation et la galvanisation quotidienne du cou et de la région précordiale une amélioration notable se produisit et surtout l'œdème disparut en grande partie, on put alors s'assurer que la glande thyroïde au lieu d'être hypertrophiée était atrophiée.

Sollier se demande si dans ce cas la maladie de Basedow ne s'est pas accompagnée d'un processus thyroïdien non pas hypertrophique, puis scléreux comme cela s'observe, mais d'emblée scléreux et atrophique sous la dépendance duquel sont apparus les troubles qu'il qualifie de myxœdémateux. C. GIRAUDEAU.

I. — Goitre exophtalmique et rhumatisme, par A. WEILL et DIAMANTBERGER (*Soc. de méd. prat.*, 16 *juillet* 1891).

II. — Zur Symptomatologie der Basedow'schen Krankheit, par KAST et WILBRANDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 955, 13 *octobre* 1890).

I. — Dans cette note, les auteurs publient 18 observations personnelles ou empruntées à des travaux antérieurs dans lesquels ils montrent l'association fréquente du rhumatisme et du goitre exophtalmique. Dans certains cas la maladie de Basedow suit plus ou moins près l'apparition du rhumatisme, dans d'autres cas, elle l'accompagne. W. et D. ne discutent pas la pathogénie ; ils se contentent d'exposer ces faits cliniques. A. C.

II. — Kast et Wilbrandt ont spécialement étudié les troubles visuels dans une vingtaine de cas de goitre exophtalmique. A côté des symptômes bien connus, ils ont noté un rétrécissement plus ou moins considérable du champ visuel, sans d'ailleurs qu'il s'agît d'un stigmate hystérique. J. B.

Diminished electrical resistance of the human body as a symptom in Grave's disease, par CARDEW (*Lancet, vol. I, p.* 483, 1891).

Cardew admet le fait même de la diminution de la résistance électrique dans le goitre exophtalmique. Il a constaté cette diminution chez la plupart des malades, mais il croit que ce symptôme n'a qu'une valeur relative, qu'il tient avant tout à la perspiration cutanée augmentée d'ordinaire dans la maladie de Basedow, et que chez le sujet sain la résistance électrique varie dans des proportions considérables avec cette perspiration. Chez un même sujet, trois examens faits en 24 heures ont donné, suivant la présence ou l'absence de transpiration, des résistances de 2438,8 ohms, 4713 ohms, 32798 ohms. Ces examens étaient faits par un temps chaud et humide. Il suffit de les répéter par un temps froid et sec pour avoir dans des conditions à peu près analogues de transpiration 3167,3 ohms, 8941,6 ohms, et plus de 64,000 ohms de résistance. Chez un autre sujet, il suffit, pour abaisser la résistance de 80,000 ohms à 900 ohms, de provoquer la transpiration par une boisson alcoolique chaude, le séjour dans une pièce bien chauffée et des couvertures épaisses. Chez les malades atteints de goitre exophtalmique avec diminution de la résistance électrique, Cardew a souvent constaté la moiteur de la peau. A.-F. PLICQUE.

Immunitaet gegen Influenza durch Vaccinirung mit animaler Lymphe, par Julius GOLDSCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1099, 2 *novembre* 1891).

Goldschmidt a déjà indiqué (*R. S. M.*, XXXVIII, 146) qu'une récente vaccination semble conférer une immunité relative à l'égard de la grippe. Il revient sur la question, en utilisant l'ouvrage publié par le ministère prussien de la guerre sur l'épidémie de grippe de 1889-1890 dans l'armée allemande.

163,866 recrues incorporées en 1889 ont subi la revaccination qui a réussi chez 138,340 (84, 4 pour 100) et échoué chez les 25,026 autres (15, 6 0/0). Si l'on admet des résultats semblables pour les autres classes encore sous les drapeaux, on trouve que l'armée allemande compte 75,900 soldats revaccinés sans succès, soit une proportion de 15, 1 0/0 de l'effectif. Or, 55,263 soldats allemands, soit 11, 1 0/0 ont été atteints par l'épidémie. Sur ce nombre 54,805, soit 99, 2 0/0 sont portés guéris, et 174 (soit 0,1) sont morts; le reste, soit 0,7 a été envoyé en congé de convalescence, réformé, ou bien se trouvait encore en traitement au mois de mars, époque de la rédaction du compte rendu.

D'autre part, les chiffres de mortalité imputés à la grippe ont été, à l'apogée de la même épidémie, de 0,12 0/0 de la population totale à Berlin et de 0,25 0/0 à Paris; chiffre pour Berlin douze fois plus considérable et pour Paris vingt-cinq fois plus considérable que celui représentant la mortalité grippale de l'armée allemande.

Par un calcul de probabilités, Goldschmidt arrive à évaluer la mortalité grippale berlinoise à 0,3 0/0 des cas et la parisienne à 0.4; quant à la morbidité de la grippe dans ces deux capitales, il l'établit de la même façon à 42 0/0 de la population berlinoise et à 64 0/0 de la population parisienne. La différence entre les chiffres des deux villes est une nouvelle preuve de l'heureuse influence des revaccinations sur la morbidité et la léthalité de la grippe.

Bon nombre de garnisons allemandes, vivant au milieu de la population civile atteinte par l'épidémie, sont restées indemnes complètement, tandis que jamais une garnison n'a été frappée sans que la population civile le fût.

Pour tenir compte de ce que la population civile renferme un grand nombre d'individus moins résistants que les soldats, Goldschmidt consent à réduire encore de moitié la mortalité grippale attribuée à Berlin et à Paris; le contraste n'en reste pas moins saisissant. Dans le sein de l'armée même, les corps sédentaires ont été bien plus épargnés que les corps actifs : tandis par exemple que les ouvriers d'administration étaient atteints dans la proportion de 49, 4 pour mille hommes d'effectif, la proportion des cas de grippe s'est élevée à 96, 1 0/00 dans l'infanterie et à 119, 2 0/00 dans la cavalerie.

L'influence d'une revaccination récente, même infructueuse, ressort encore des chiffres suivants : les cadets ont compté 296,7 cas de grippe sur 1,000 hommes d'effectif, tandis que les écoles de guerre, dont les élèves avaient été revaccinés plus récemment, n'en ont compté que 156, 9.

Enfin, l'atténuation de la gravité de l'épidémie dans l'armée résulte

encore du fait que la durée moyenne des journées de traitement n'a pas excédé 5 jours. J. B.

I. — Ueber den Einfluss der Influenza auf das Herz (Action de la grippe sur le cœur), par J. PAWINSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 28, *p.* 691, *n°* 29, *p.* 731, *et n°* 30, *p.* 754, 13, 20 *et* 27 *juillet* 1891).

II. — La grippe cardiaque, par HUCHARD (*Bull. méd.*, 3 *février* 1892).

I. — Pawinski rapporte un certain nombre d'observations qu'il groupe sous trois chefs :

1° Faits montrant l'*influence de la grippe sur l'endocarde.* 6 sur 7 de ces malades atteints d'endocardite aiguë au cours de la grippe, présentent déjà intérieurement des lésions à l'endocarde et surtout des valvules. Dans l'endocardite grippale, on peut distinguer une forme légère et une forme maligne. Les 4 faits de la forme légère se sont caractérisés par la persistance de la fièvre qui se maintient de 3 à 5 semaines, sans dépasser d'ailleurs 39 degrés sauf dans les deux ou trois premiers jours. L'état général était si peu affecté que maints malades ne s'alitèrent pas. Dans la forme maligne, la fièvre est beaucoup plus intense, mais le matin elle présente des rémissions ou, ce qui est plus fréquent, cesse complètement; quand la fièvre vespérale existe seule, elle s'accompagne habituellement de sueurs profuses et de frissons comme l'infection purulente. Chez certains malades, le mouvement fébrile offre au début le type typhoïde (rémissions matinales) puis affecte ultérieurement le type pyohémique. Souvent il se produit des infarctus viscéraux, surtout dans la rate. Des 3 malades atteints de la forme maligne d'endocardite infectieuse, 2 ont succombé à l'affaiblissement du cœur et la survie du 3e est très douteuse. La forme maligne attaque les individus débilités. Ce sont les valvules aortiques qui paraissent le siège de prédilection de l'endocardite grippale, laquelle se montre principalement dans la forme nerveuse de la grippe.

2° Faits montrant l'*influence de la grippe sur le myocarde.* 2 observations concernant des personnes d'âge avancé, ayant ou non auparavant des altérations de l'appareil cardio-vasculaire. L'influence fâcheuse de la grippe se traduit tantôt sous forme de faiblesse et d'épuisement du ventricule gauche (dyssystolie, asystolie), tantôt sous celle d'angine de poitrine. Ces accidents sont surtout graves dans la grippe nerveuse. L'absence ou la faible intensité de la fièvre est d'un fâcheux pronostic. Les symptômes de l'affaiblissement du cœur apparaissent le plus souvent à l'époque où la fièvre diminue ou dans une période apyrétique. Le seul malade jeune (15 ans) offrait, héréditairement, un développement insuffisant du système artériel.

3° Faits montrant l'*influence de la grippe sur l'innervation du cœur.* 3 observations. Il s'agit surtout de tachycardies, par affaiblissement du pneumogastrique qui peut aller jusqu'à la paralysie.

Enfin Pawinski a noté, dans le cours d'une grippe, le développement aigu d'un goître exophtalmique. J.-B.

II. — La grippe peut intéresser dans ses modalités le cœur et les vaisseaux. Dans la première forme : grippe cardiaque, on peut observer la

péricardite, tantôt sèche, tantôt avec épanchement sérieux ou même hémorragique (2 cas) quelquefois purulente; l'endocardite l'une infectieuse, mais à manifestations localisées, l'autre infectieuse et infectante, amenant des troubles généraux de l'économie, d'origine bactérienne variée; la myocardite conséquence de la nature infectieuse de la maladie primitive pouvant se traduire par l'affaiblissement des bruits du cœur, des syncopes, la mort subite ou revêtant parfois l'allure de l'angine de poitrine. A. C.

Un caso di pleurite acutissima bilaterale ad essudato prevalentemente solido, par G. BASSI (*La Riforma medica, p.* 733, 18 *juin* 1891).

Homme de 40 ans, mort au 5e jour d'une affection thoracique, ayant été prise pour une pneumonie et caractérisée par la dyspnée, de la toux, une douleur pongitive à droite, une expectoration muqueuse, adhérente et peu abondante, de la diminution de la sonorité, des râles sonores, du souffle et l'abolition des vibrations vocales, avec température très élevée. A l'autopsie, congestion des méninges cérébrales avec épanchement trouble dans les parties déclives, sérosité parfaitement liquide dans le péricarde; fausses membranes fibrineuses jaunâtres de plusieurs millimètres d'épaisseur enveloppant complètement les deux poumons, avec un ou deux verres de liquide séro-fibrineux dans chaque plèvre; atélectasie de portions très étendues des deux poumons; congestion des deux reins.

La culture du liquide pleural permet d'y reconnaître la présence du diplocoque pneumonique de Fränkel et du staphylocoque pyogenes albus.

L'auteur se base sur l'absence de lésions caractéristiques des poumons pour rejeter dans ce cas l'idée de pleurésie pneumonique. Il fait rentrer ce fait dans la « polyorroménite aiguë » de Concato ou inflammation simultanée de plusieurs séreuses. GEORGES THIBIERGE.

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et de la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse, par S.-A.-Marius POULALION (*Thèse de Paris*, 1891).

L'analyse histologique permet d'établir dans les concrétions pulmonaires trois catégories : 1° productions cartilagineuses et cartilaginiformes; 2° osseuses; 3° calcaires ou pierres proprement dites. Les unes naissent dans l'épaisseur même des tissus broncho-pleuro-pulmonaires (pneumolithes), les autres nées dans l'intérieur des cavités normales ou accidentelles de l'appareil respiratoire, sont toujours de nature calcaire (calculs proprement dits, broncholithes).

Les productions cartilagineuses ou cartilaginiformes peuvent siéger dans les parois bronchiques, dans la plèvre ou dans le tissu pulmonaire proprement dit.

Les productions osseuses se présentent souvent sous forme de masses irrégulièrement ramifiées suivant dans leur développement les travées de tissu conjonctif interstitiel.

Les productions calcaires, de beaucoup les plus nombreuses, se développent suivant le processus général des calcifications soit dans les tissus sains sans altération préalable de structure, soit, et c'est le cas le plus ordinaire, aux dépens d'un tissu altéré, dégénéré, nécrobiosé qui subit consécutivement la transformation pierreuse. Le tubercule caséeux

bacillaire occupe la première place parmi toutes les lésions pulmonaires susceptibles de subir la transformation calcaire ; mais les infarctus, les nodules broncho-pneumoniques, les abcès miliaires, etc., peuvent aussi la subir. Qu'elles soient isolées, ou au contraire très nombreuses, constituant alors une véritable granulose calcaire du poumon, ces productions peuvent rester enkystées, elles sont alors lobulées, ou bien sous l'influence d'un travail d'énucléation, elles subissent une migration à travers les parenchymes et deviennent libres dans les voies aériennes (productions secondairement intra-cavitaires).

Toutes ces productions donnent lieu par leur existence et leur migration à un ensemble de manifestations cliniques (broncholithie ou lithiase bronchique). L'expulsion d'un broncholithe s'accompagne d'une série de troubles fonctionnels pour lesquels l'auteur propose le nom de colique bronchique ou pulmonaire.

Lorsque la broncholithie n'accompagne pas la tuberculose, elle peut affecter une marche chronique et donner naissance à un ensemble clinique pouvant de tout point simuler la phtisie (pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse). Ces calculs sont souvent expulsés par la bouche, et cette expulsion s'accompagne souvent d'une sorte de détente passagère ou définitive de tous ou presque tous les phénomènes fonctionnels généraux et physiques. La terminaison fatale peut se produire soit par le développement d'une tuberculose aiguë ou chronique, soit d'un accident aigu pulmonaire ou broncho-pulmonaire.

Parfois la marche est aiguë ; on constate alors l'hémoptysie foudroyante, l'abcès pulmonaire se terminant soit par vomique, soit par pyopneumothorax.

Un caso di straordinaria frequenza del respiro (tachipnea), par Lina GAIPA et M. TITONE (*La Riforma medica*, *p.* 688, 10 *décembre* 1891).

Homme de 25 ans, pris, à la suite d'une attaque d'influenza, de tremblement et de convulsions auxquelles succédait un assoupissement plus ou moins prolongé, puis de troubles respiratoires ; sensation de constriction à la gorge, pression douloureuse à la partie antérieure du thorax et à l'épigastre; fréquence excessive de la respiration, l'inspiration s'accompagnant d'une dépression du cou et de la fosse sus-claviculaire et d'un soulèvement de l'épigastre ; les inspirations, très superficielles, sont au nombre de 80 à 100 par minute, 120 lorsque le malade est dans la position horizontale, la tête reposant sur le plan du lit ; de temps en temps il se produit une respiration profonde, une petite pose et les inspirations restent moins fréquentes pendant quelques minutes ; pendant le sommeil, il n'y a plus que 20 inspirations par minute ; un peu de battement des ailes du nez, pas de cyanose, bruits du cœur normaux, 70 à 80 pulsations par minute. Sous l'influence des hypnotiques (chloral, sulfonal), la respiration diminue de fréquence et reprend son rythme normal. GEORGES THIBIERGE.

Gangrän des Fusses als Complication einer croupösen Pneumonie, par W. BENEDIKT (*Wien. med. Presse*, *n°* 31, *p.* 1206, 1891).

Soldat, âgé de 22 ans, atteint de pneumonie de la base gauche, traité par l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour.

Le huitième jour, défervescence matinale (37°,5), suivie d'une recrudescence (40°2), correspondant à l'infiltration du sommet gauche.

Le neuvième jour, 21 mars, refroidissement du dos du pied droit, lequel a une teinte bleuâtre à ce niveau. A partir de ce moment, fièvre vive, délire.

Le 2 avril, la température s'abaisse à 38°,2 le matin; 38°,5 le soir. Gangrène totale du pied, bulles à la surface de la peau. Le malade refuse l'amputation.

Le 16, l'articulation tibio-tarsienne s'ouvre spontanément; on enlève les parties mortifiées.

Le 27, amputation de la jambe au tiers supérieur. Guérison.

L'auteur admet une thrombose artérielle. L. GALLIARD.

Ulcère rond de l'estomac avec pseudo-tuberculose résultant de sa perforation, par HANAU (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 7, *p.* 208, 1er *avril* 1891).

Homme de 37 ans, ayant depuis 5 ans des accidents gastriques. 13 jours avant la mort, péritonite par perforation. Issue fatale due à une embolie des deux artères pulmonaires.

Autopsie : ulcère simple de l'estomac placé à cheval sur la petite courbure, à 1 cent. 1/2 du pylore ; le fond de l'ulcère était en partie formé par le lobe gauche du foie soudé à l'estomac. Adhérences molles entre le foie d'une part, et le diaphragme et le duodénum de l'autre. Ces adhérences étaient parsemées de nombreuses granulations transparentes un peu aplaties et dont les plus grosses étaient tout au plus miliaires. Le péritoine pariétal du côté droit offrait en un point des granulations semblables; nulle part de lésions de tuberculose.

L'examen microscopique des granulations montra que tout en présentant la structure des tubercules miliaires non caséeux, elles renfermaient à leur centre un corps étranger, de nature végétale (cellules pierreuses de poires) ; il s'agissait donc de restes d'aliments. J. B.

Étude sur le carcinome de l'estomac, par MOUISSET (*Revue de médecine, p.* 885, 10 *octobre* 1891).

Dans ce mémoire, Mouisset insiste : 1° sur la diminution de la valeur globulaire dans le cancer de l'estomac et l'utilité de ce signe pour le diagnostic. Ce signe a été découvert par Laache et dans une note annexée au mémoire de Mouisset, Lépine dit l'avoir signalé à peu près en même temps que lui. Le fait important c'est que dans le cancer de l'estomac la valeur globulaire qui au début de la maladie s'écarte peu de la normale, tombe dans la période finale à 0,5 et même 0,4 tout comme dans les cas de chlorose les plus graves. Lorsqu'il s'agit d'une dyspepsie due à une autre cause, la valeur globulaire peut être diminuée, mais ne descend jamais aussi bas. De plus, si le diagnostic est hésitant entre le cancer de l'estomac et l'anémie pernicieuse progressive, l'examen du sang tranchera la difficulté, car dans le premier cas, la valeur globulaire est très diminuée, tandis qu'elle est normale ou même exagérée dans le second cas; 2° M. insiste sur la fréquence du développement de la tuberculose pulmonaire chez les malades atteints de cancer de l'estomac, déjà signalée par Landouzy. C. GIRAUDEAU.

I. — Le rapport des chlorures urinaires à l'urée dans l'hypersécrétion gastrique et le cancer de l'estomac, par BOUVERET (*Revue de médecine, juillet* 1891).

II. — L'acidité du suc gastrique ; ses divers facteurs, par A. MATHIEU et RÉMOND (*Gaz. des hôp.*, *n°* 121, *p.* 1121, 1891).

I. — Dans les cas d'hypersécrétion gastrique continue, on observe généralement l'augmentation de l'urée et la diminution des chlorures urinaires. Mais ces variations de l'urée et des chlorures sont soumises à des influences étrangères à la sécrétion gastrique elle-même, celles, par exemple, de l'alimentation et des vomissements. On ne peut donc leur attribuer une valeur absolue. Il y a lieu, au contraire, d'accorder de l'importance au rapport des chlorures à l'urée. Cette donnée est constante, c'est-à-dire que, dans l'hypersécrétion gastrique, le chiffre qui exprime ce rapport des chlorures à l'urée est toujours supérieur au chiffre qui exprime ce même rapport à l'état normal. Cette proposition reste vraie, même si le malade vomit et même si l'alimentation, momentanément très diminuée, fait baisser l'urée et les chlorures au-dessous de l'élimination physiologique. C'est un signe de plus à ajouter aux signes qui permettent d'établir le diagnostic entre le cancer de l'estomac, (s'il n'est pas accompagné de l'hyperchlorhydrie) et certaines formes cachectisantes de l'hypersécrétion gastrique continue. Quand il s'agit de la forme intermittente, ce rapport, très élevé pendant et immédiatement après les crises, se rapproche de plus en plus du rapport normal pendant les périodes d'accalmie.

Dans la forme continue, la diminution de R qui reste cependant supérieure à R normal, coïncide avec la cessation des douleurs et des vomissements, ainsi qu'avec l'amélioration de la nutrition générale.

Dans l'anachlorhydrie cancéreuse, la formule urinaire est toute différente. Le rapport des chlorures à l'urée y est moindre qu'à l'état physiologique. Cette diminution de R est un signe plus constant, par conséquent de plus de valeur au point de vue du diagnostic, que le signe tiré de l'abaissement du chiffre de l'urée (Rommelaere) ou des chlorures seuls (Jaccoud). C. GIRAUDEAU.

II. — L'acidité totale du suc gastrique a une cause complexe. Sans parler de certaines substances albuminoïdes acides aux réactifs usités (phtaléine du phénol), elle provient des acides de fermentation (acides organiques) et des acides de sécrétion (acide chlorhydrique libre ou en combinaisons azotées). Le chiffre des acides de sécrétion mesure le travail chimique que peut effectuer l'estomac, détail plus important à connaître que le travail réellement effectué par l'estomac dans un temps donné.

On a cru, bien à tort, que l'acide chlorhydrique en combinaison azotée pouvait servir à mesurer le travail digestif fait par l'estomac, la peptonisation. Une expérience de Bouveret, confirmée par celle des auteurs, montre qu'il s'agit là d'une simple combinaison chimique de l'acide avec les substances albuminoïdes. Si, après avoir mis en présence des substances albuminoïdes sèches et une solution d'acide chlorhydrique, on fait évaporer ce liquide, on ne chasse pas tout l'acide. Mais, quel que soit le temps qu'a duré le contact, la quantité de chlore retenue reste la même ; il n'y a pas acte digestif progressif, mais bien combinaison chimique instantanée. LEFLAIVE.

Ueber Bestimmung des unteren Randes der Leber... (Détermination du bord inférieur du foie au moyen de l'auscultation), par VERSTRÆTEN (*Centralblatt für klin. Medicin.*, *n° 9, p.* 161, 1891).

La palpation et la percussion ne permettent pas toujours de déterminer nettement la situation du bord inférieur du foie. On peut y arriver en utilisant la propriété qu'a cet organe d'être bon conducteur du son. Il transmet en effet le bruit du choc de la pointe du cœur d'une façon presque intégrale; et si, à l'aide d'un stéthoscope, on ausculte le foie sur la ligne axillaire, mammaire ou sternale, on cesse d'entendre ce bruit dès qu'on arrive sur le point de l'abdomen où la paroi cesse d'être doublée par le foie.

Cette méthode n'est toutefois pas parfaite. La paroi abdominale, lorsqu'elle est tendue, peut devenir un bon conducteur du son, d'où la nécessité de la relâcher en plaçant le malade dans le décubitus dorsal. Dans quelques cas (affaiblissement de l'impulsion cardiaque, interposition d'une lame de poumon), le bruit devient à peu près impossible à entendre.

Le procédé donne de médiocres résultats pour ce qui est du bord supérieur. LEFLAIVE.

L'ascoltazione della milza, par A. TESTI (*Raccoglitore medico*, *XII*, 14 *et* 15)

Testi rapporte cinq observations (rate flottante, pseudo-leucémie splénique, hypertrophie de la rate à la suite de l'impaludisme, anémie splénique infantile) dans lesquelles il a constaté la présence d'un souffle splénique. Il pense que la pathogénie de ce souffle varie suivant les cas, mais que dans certains cas il a pour siège l'artère splénique.

GEORGES THIBIERGE.

Ictère hématique par hémoglobinémie dans le cours d'une fièvre de surmenage chez un homme atteint de néphrite interstitielle, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, *24 juillet* 1891).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui à 19 ans avait eu une néphrite aiguë et présentait depuis plusieurs années des signes rationnels d'une néphrite interstitielle. Après un travail manuel forcé, il fut pris de lassitude avec fièvre, et présenta pendant une douzaine de jours un aspect typhoïde accompagné d'une teinte ictérique diffuse, rappelant la couleur du sérum du sang. Les urines étaient albumineuses et riches en urobiline, mais ne contenaient ni pigment biliaire vrai, ni pigment modifié. L'ictère était donc exclusivement d'origine hématique. Le sérum sanguin ne renfermait que de l'urobiline; mais pas de pigment biliaire. Mais, en outre, il contenait une grande quantité d'hémoglobine dissoute. Hayem rejette l'opinion de la dissolution des hématies par un sérum chimiquement modifié.

Il admet l'existence d'une destruction massive des globules rouges, probablement par altération du plasma. H. LEROUX.

Ictère intense sans obstruction apparente du canal cholédoque, par LÉPINE (*Revue de médecine*, *novembre* 1891).

Chez un homme de 61 ans, pris brusquement d'accès de fièvre quotidienne avec élévation de température à 40°, Lépine vit apparaître au bout de quelques jours un ictère qui devint extrêmement intense, bien que les selles ne

fussent pas décolorées. Les accès de fièvre disparurent bientôt, mais l'inappétence s'accentua, ainsi que la cachexie et le malade mourut après trois semaines de maladie.

A l'autopsie on ne trouva aucune oblitération des voies biliaires mais du sable biliaire dans les gros canaux. Ceux-ci n'étaient pas dilatés, pas plus du reste que les canalicules intra-hépatiques. Le foie n'était pas ictérique. La seule lésion consistait en une congestion des vaisseaux sanguins intra-hépatiques. Lépine pense que dans ce cas l'ictère peut être rattaché à un état spasmodique des voies biliaires au contact du sable biliaire. C. GIRAUDEAU.

Die gutartige parenchymatœse Hepatitis (Forme bénigne de l'hépatite parenchymateuse), par S. TALMA (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, *p.* 1110, 9 *novembre* 1891).

Talma estime qu'un certain nombre des cirrhoses si rapidement guéries par l'iodure de potassium, doivent appartenir à l'affection qu'il a en vue. Celle-ci a d'autant plus d'intérêt que par les altérations qu'elle détermine dans le foie, on peut la prendre pour un abcès ou pour un cancer de cet organe.

Elle débute presque toujours par des vomissements, quelquefois sanguinolents ; d'habitude il s'y joint bientôt de la diarrhée. Le foie est plus ou moins augmenté de volume; sa consistance est notablement accrue. Presque toujours il existe des douleurs spontanées que la pression exaspère; comme conséquence, la respiration est fréquemment costale. L'ictère manque rarement, tandis que les selles ne sont décolorées qu'exceptionnellement. Talma n'a jamais vu ni ascite, ni albuminurie. La rate est tuméfiée et il y a de la fièvre.

L'évolution de la maladie est accomplie en 8 ou 15 jours. Le seul cas mortel concerne une fillette de 8 ans dont l'autopsie n'a pu être faite. En revanche Talma a pu faire l'autopsie d'un homme qui 3 mois après son hépatite a été emporté par un érysipèle de la face. Il a constaté les lésions suivantes : état mamelonné de l'estomac; rate hypertrophiée et dure ; tuméfaction des ganglions du mésentère, de la veine porte, de l'artère splénique; pas trace de péritonite. Le foie pèse 3 kilogrammes et est dur. Il présente à sa surface les tumeurs perçues pendant la vie et qui se confondent insensiblement avec le tissu hépatique avoisinant. Le microscope ne révèle qu'un peu de prolifération du tissu conjonctif inter et intra-lobulaire.

Henoch, dans sa *Clinique des maladies du foie* (1863), a décrit sous le nom d'hyperémie active un cas qui rentre sûrement dans la description de Talma. Erdmann en a également publié une observation dans les « Archives » de Virchow (XLIII). D'ailleurs, Andral connaissait bien cette affection, et il en a donné plusieurs observations dans sa « Clinique médicale » ; son fréquent début par des phénomènes intestinaux ne lui avait pas échappé. J. B.

Sur la physiologie pathologique de l'ictère, par MYA (*Archivio italiano di clinica medica, p.* 102, 1891).

Dans une première série d'expériences, Mya s'est proposé de rechercher si réellement l'urobiline est fonction de l'insuffisance fonctionnelle du foie. Dans tous les cas d'ictère il a essayé de déterminer comparativement la nature des pigments contenus dans le sérum sanguin (re-

cueilli au moyen de saignées veineuses) et les urines. Les cas cliniques utilisés étaient des cas d'ictère dus aux causes les plus diverses : ictère par angiocholite catarrhale, lithiase biliaire, secondaire aux cardiopathies, à la grippe, à l'absorption de substances toxiques, etc. Mya a constaté que, quelle que soit la cause de l'ictère, il existe une relation entre la présence de la bilirubine dans le sérum sanguin et ses réactions ainsi que celles de l'urobiline dans l'urine; pour expliquer le fait, il fait jouer un rôle important à l'épithélium rénal dans la réduction de la bilirubine : quand la bilirubine n'existe qu'en petite quantité dans le sérum, l'épithélium rénal la réduit en urobiline; si la quantité de bilirubine est plus considérable, les cellules rénales n'en réduisent qu'une partie, l'autre passant inaltérée dans l'urine où on la retrouve avec l'urobiline. Enfin dans certains cas la bilirubine est tellement abondante, que l'épithélium rénal est incapable de la transformer et lui livre passage, sans lui imprimer aucune modification. Mya ne peut admettre, comme Hayem, la préexistence de l'urobiline dans le sang circulant, sans nier cependant d'une façon absolue la transformation dans le sang de la bilirubine en urobiline.

Il croit que le foie, alors même qu'il est très altéré, produit toujours les pigments normaux, et que si l'urine ne les contient pas, c'est qu'étant en petite quantité, ils sont réduits en urobiline, pendant leur passage dans le rein; l'urobiline n'est donc pas à ses yeux, le pigment de l'insuffisance hépatique; c'est simplement l'expression d'un degré très léger de résorption biliaire; il n'existe pas de différences chimiques, cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer l'ictère avec foie normal et l'ictère se produisant lorsque le foie est altéré. En résumé donc, l'urobilinurie est liée à un processus bio-chimique de réduction dont l'épithélium rénal est principalement le siège, mais qui peut aussi s'accomplir dans d'autres organes, puisque toutes les cellules de l'organisme ont le pouvoir de soustraire de l'oxygène aux corps; si le rein est le facteur principal de cette réduction, c'est qu'il est l'organe éliminateur par excellence; c'est la transformation de la bilirubine en urobiline dans les divers tissus, qui permet d'expliquer la présence de ce dernier pigment dans les exsudats, dans le sérum sanguin.

D'après Mya, l'ictère est représenté à son degré le plus élevé par la coloration jaune des téguments et la réaction de Gmelin des urines; au bas de l'échelle est la simple urobilinurie, sans traces de pigments biliaires dans le sang; puis vient l'urobilinurie avec pigments biliaires reconnaissables dans le sérum sanguin; plus tard enfin lorsqu'une plus grande quantité de bilirubine est dans la circulation apparaît la teinte ictérique.

G. LYON.

Zur Ætiologie des Diabetes, par Richard SCHMITZ (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 672, 6 *juillet* 1891).

Etude basée sur 2,500 cas de diabète traités aux eaux de Neuenahr. Schmitz différencie le diabète idiopathique du diabète symptomatique ou glycosurie simple. Pour le diabète idiopathique ou vrai, il faut toujours une prédisposition héréditaire ou congénitale. Les 2,115 cas de diabète vrai comprennent 1,206 hommes et 909 femmes. Ils se répartissent, suivant les âges, de la façon suivante : 1 cas au-dessous de 10 ans

(fillette de 2 ans, de mère diabétique) ; 75 cas de 10 à 20 ans ; 178 de 20 à 30 ; 322 de 30 à 40 ; 580 de 40 à 50 ; 678 de 50 à 60 ; 210 de 60 à 70 ; 60 de 70 à 80, et 2 de 80 à 90.

998 de ces 2,115 malades, appartenaient à des familles comptant d'autres diabétiques au nombre de 1 à 12.

428 appartenaient à des familles présentant, à côté du diabète, des cas d'aliénation mentale (surtout la mélancolie suicide). 263 autres malades appartenaient à des familles ne comptant pas de diabétiques, mais bien des aliénés (surtout mélancoliques). La morphinomanie, l'alcoolisme et l'onanisme sont aussi très répandus dans les familles diabétiques. En résumé, Schmitz pense qu'il existe une disposition congénitale au diabète dans les familles où la folie est héréditaire.

641 diabétiques avaient commis des excès prolongés de sucreries, mais Schmitz n'admet pas que cette seule cause suffise en dehors de la prédisposition morbide.

Plus que jamais (*R. M. S.* XXXVII, 163) Schmitz est convaincu que la contagion joue un rôle dans l'étiologie du diabète. Il a observé 7 nouveaux cas de cette affection entre conjoints non apparentés, et ses observations se trouvent confirmées par celles de Gerhardt, de Finkler, de Landenberger et de Kohlmann. Pour lui, il croit à la nature parasitaire du diabète.

Quant au diabète symptomatique ou glycosurie, il l'a vu compliquer 155 fois la diathèse urique, sous ses différentes formes. C'est cette variété de diabète symptomatique qui offre le meilleur pronostic et qui est avantageusement combattue par les cures alcalines. 128 fois la glycosurie compliquait l'obésité ; 13 fois, la tuberculose générale qui était antérieure ; 17 fois le cancer ; 16 fois les affections organiques du cœur ; 12 fois la syphilis cérébrale ; 10 fois la morphinomanie ; 9 fois la cirrhose hépatique ; 9 fois des affections médullaires.

11 fois elle est survenue à la suite d'un traumatisme de la tête, et 3 fois dans la convalescence de la fièvre typhoïde. J. B.

Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques, par AUCHÉ (*Arch. de méd. expér., II, n°* 5, *p.* 635).

De cette étude clinique, anatomique et dans une certaine mesure expérimentale, se déduisent les propositions suivantes :

1° Des névrites périphériques peuvent se développer dans le diabète sans l'intervention d'aucune autre cause susceptible de leur donner naissance ;

2° Elles se traduisent cliniquement par un ensemble de troubles intéressant la motilité, la sensibilité, la nutrition et le système vaso-moteur ;

3° La pathogénie ne doit pas être cherchée uniquement dans l'action irritante du sucre sur les nerfs périphériques. Les névrites sont probablement dues à plusieurs causes : l'anhydrémie, l'acétonémie, le trouble de la nutrition générale, qui atteint les nerfs comme les autres tissus ; enfin peut-être l'action de substances chimiques encore mal définies qui circulent dans le sang des diabétiques. GIRODE.

Contribuzione alla neuropatologia del diabete, la claudicazione intermittente come mezzo diagnostico nei casi di diabete decipiens, par R. VIZIOLI (*Accademia medico-chirurgica di Napoli, février* 1891).

Deux observations de diabétiques présentant de la claudication intermittente dont l'un mourut d'angine de poitrine. L'auteur pense que ce symptôme est presque toujours sous la dépendance de l'endartérite hyperplasique due au diabète. Il peut donc devenir un élément de diagnostic, quoiqu'il ne se produise qu'à une période avancée de la maladie.

GEORGES THIBIERGE.

L'hyperthermie dans l'urémie, par RICHARDIÈRE et THÉRÈSE (*Revue de médecine, décembre* 1891).

Richardière et Thérèse rapportent trois cas d'urémie à forme convulsive ou comateuse s'étant accompagnés d'élévation de température. A chaque menace d'attaque urémique, le thermomètre montait entre 38 et 39° pour redescendre au niveau de la normale lorsque les symptômes d'empoisonnement disparaissaient. Pendant le cours des accidents convulsifs et comateux, le thermomètre atteignait près de 40°. Ces cas sont à rapprocher de bon nombre d'autres dont ils donnent la nomenclature, et de même que dans ces derniers on ne peut invoquer l'existence de quelques-unes de ces inflammations bâtardes si fréquentes chez les albuminuriques; dans les trois cas l'autopsie n'a révélé aucune lésion inflammatoire pulmonaire ou autre.

Richardière et Thérèse, après s'être demandé s'il ne faut pas faire jouer un certain rôle à l'œdème cérébral qui existait chez leurs trois malades, concluent par la négative et pensent que cette élévation de température doit être mise sur le compte de la production exagérée d'une substance thermogène, à mettre au nombre des substances multiples invoquées par Bouchard pour expliquer les accidents urémiques. On sait d'ailleurs que tout récemment Binet a isolé de l'urine une substance capable d'élever de deux degrés la température centrale chez le lapin.

C. GIRAUDEAU.

I. — De l'albuminurie transitoire chez l'homme sain, par Ch. FINOT (*C. R. de la Soc. de biologie, p.* 133 *et* 144, 1891 *et Thèse de Lyon*, 1892).

II. — De l'albuminurie intermittente irrégulière chez les gens bien portants, par L. CAPITAN (*Soc. de biol.*, 1892).

I.— Des expériences faites sur des stagiaires du Val-de-Grâce conduisent aux résultats suivants : 1. Il existe un facteur individuel cause prédisposante d'albuminurie intermittente irrégulière. 2. Ce facteur est sous l'influence de l'hérédité, des antécédents morbides, de conditions physiologiques non encore définies 3. Les albuminuries de fatigue sont celles dont la proportion est la plus élevée : très peu de sujets (4/17) leur échappent. 4. La digestion exerce une influence positive sur la production de l'albuminurie. 5. Les abaissements de pression atmosphérique produisent l'albuminurie; mais cette action ne se manifeste clairement que le matin ou dans la journée, en dehors de toute influence de fatigue.

II. — L. C. fait remarquer que les résultats précédents confirment

ceux qu'il a fait connaître autrefois ; qu'ils varient dans le même sens et que les seules différences, relatives aux valeurs absolues dépendent du procédé de dosage. DASTRE.

Cas de purpura à pneumocoque, par CLAISSE (*Arch. de méd. exp.*, *III*, 3, *p.* 378).

Chez un jeune homme de 22 ans, porteur d'une ancienne endocardite rhumatismale avec végétations, se développe une endocardite aiguë bientôt suivie de purpura, néphrite et pneumonie.

Le malade meurt en deux jours. Des recherches appropriées montrent que tous ces accidents sont dus à des localisations du pneumocoque : il existe notamment dans un vaisseau dermique sous-jacent à une tache de purpura, un petit thrombus infiltré de diplocoques lancéolés. GIRODE.

Ueber einen Fall von Leukæmia acutissima, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, *p.* 1109, 9 *novembre* 1891).

Dans aucun des cas de leucocythémie publiés, l'évolution de la maladie n'a été aussi précipitée que chez le malade de Guttmann qui a succombé 4 1/2 jours après les premiers symptômes appréciables.

Garçon de 10 ans, qui a eu en bas âge la rougeole et quelques années plus tard un érysipèle de la face ; l'an dernier, on lui a enlevé les deux amygdales et des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Depuis 3 semaines enfin, il est devenu un peu sourd à la suite d'une otite.

La maladie actuelle a débuté, après quelques jours d'insignifiant malaise, le 9 mai 1891, par des hématuries et des pétéchies, suivies le lendemain d'épistaxis et de stomatorrhagie. Le 11, pas de nouvelle hémorrhagie, appétit excellent et état général bon. Le 12, après une nuit calme, l'enfant commence à être agité, puis il tombe brusquement dans le sopor avec hémiplégie droite. Transporté à l'hôpital le 13. Le tronc et les membres sont le siège de nombreuses petites hémorragies cutanées, confluentes par places. Inconscience absolue ; le malade n'avale pas les liquides mis dans sa bouche. Paralysie du membre inférieur droit et parésie du membre supérieur correspondant. Irrégularités du pouls ; apyrexie. Un peu de priapisme. Le sang contient un globule blanc pour 1,4 de globules rouges. Mort le soir même de l'entrée dans le coma. Autopsie : Nombreuses ecchymoses récentes à la surface du cœur. Le thymus forme une volumineuse tumeur longue de 9 centimètres, large de 7 et épaisse de près de 4. Il contient d'innombrables lymphocytes. La rate, dure, a triplé de volume ; même contenu microscopique que le thymus. Foie volumineux.

Suffusion hémorragique dans le bassinet droit. Le ventricule latéral gauche renferme une grande quantité de sang coagulé qui a détruit une portion considérable du corps strié, de la couche optique et des régions voisines. La corne postérieure du ventricule latéral droit contient, en moindre quantité, du sang coagulé. Dans la substance blanche du lobe pariétal droit, foyer de sang coagulé, gros comme une petite noix, qui a également détruit le tissu cérébral. Moelle du fémur, rouge foncé. Ganglions lymphatiques normaux. Le sang ne contient qu'un petit nombre de cellules polynucléaires et éosinophiles.

Vaine tentative de culture, sur l'agar-agar, d'un fragment de rate placé à l'étuve. J. B.

Ein Fall von acuter Leukämie, par HINTERBERGER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XLVIII*, *p.* 324).

Ce cas paraît avoir débuté en décembre 1889 par une atteinte d'influenza.

Il survint bientôt une angine infectieuse qui devint gangréneuse, les ganglions du cou se tuméfièrent et un abcès ganglionnaire se forma. En même temps qu'en janvier 1890, la gangrène de l'isthme du gosier s'établissait, l'état général devenait de plus en plus mauvais, l'anémie faisant des progrès et à l'entrée on constatait une tuméfaction des ganglions du cou et du reste du corps. La rate est alors très volumineuse, et dans le sang, on trouve 300,000 globules blancs et 2,195,000 rouges. La fièvre se maintient entre 38° et 39°, 7. La diarrhée s'établit, les forces disparaissent et la malade meurt le 15 janvier. A l'autopsie, on trouve une tuméfaction de presque tous les ganglions, mais plus marqué à ceux du cou, la rate grosse, les reins tuméfiés et pâles. Les ganglions du cou contenaient des streptocoques et des staphylocoques en abondance. On voit que ce cas ressemble fort à une pyohémie. L'auteur croit cependant devoir maintenir le diagnostic de leucémie aiguë.

C. LUZET.

Ueber plötzlichen Tod nach Diphtherie (Mort subite dans la diphtérie), par PLUMPLUN (*Soc. méd. de Greifswald*, 1er *novembre* 1890).

Homme de 20 ans ; diphtérie gangréneuse de la gorge et des narines sans élévation de température ; albumine abondante dans l'urine. Le dixième jour élimination de la luette. A partir de ce moment disparition des membranes, convalescence. Cœur régulier; pas de modification des bruits.

Le quinzième jour, collapsus, pouls à peine sensible, petit, intermittent; refroidissement des extrémités. Au bout de douze heures, l'accès se reproduit : mort brusque.

Dans le cœur, dégénérescence graisseuse en plaques dans le ventricule gauche, spécialement au voisinage des muscles papillaires antérieurs; même altération du ventricule droit. Pas de myocardite. L. GALLIARD.

Case of glanders (Morve), par J. W. WASHBOURN (*Guy's hosp. Rep.*, *XLVII*, *p.* 127, 1890).

Homme de 53 ans, mécanicien, n'ayant aucun rapport avec les chevaux. Trois semaines auparavant, refroidissement, céphalée, douleur des membres, aspect typhoïde : langue sèche, toux et expectoration muco-sanguinolente. Derrière l'oreille gauche ulcère sanieux reposant sur une base indurée, une ulcération analogue siège du côté droit du cou. Pustules d'ecthyma sur les épaules et les jambes. Délire. Le lendemain, apparition d'un abcès du bras et de nodosités sur différentes parties du corps. Mort.

L'autopsie révèle des suppurations multiples sous-cutanées et intramusculaires et des dégénérescences viscérales; bronchopneumonie double suppurée.

Suivent les détails des cultures et d'inoculation du pus virulent, qui démontrèrent la présence de la morve. L'étiologie est restée douteuse. H. R.

Infezione malarica cronica coi sintomi della sclerosi a placche, par A. TORTI et A. ANGELINI (*La Riforma medica*, *p.* 817, 26 *juin* 1891).

1° Homme de 21 ans, ni alcoolique, ni syphilitique, atteint depuis trois mois de fièvre paludéenne, présentant une faiblesse extrême des membres inférieurs et des troubles de la parole qui est lente, scandée; exagération des réflexes tendineux, mouvements ataxiques des membres supérieurs, vomissements et vertiges, un degré prononcé de nystagmus ; ces accidents s'amendent considérablement à la suite d'injections hypodermiques de quinine. Quelques semaines plus tard, réapparition de troubles nerveux semblables, qui disparaissent à peu près complètement sous l'influence des injections de quinine.

2° Homme de 22 ans, ayant eu à la suite d'un accès de fièvre paludéenne à type irrégulier de la faiblesse des membres, des vertiges, puis du nystagmus, du tremblement dans les mouvements volontaires des membres supérieurs, de la gêne de la marche. Le sang renfermant encore des parasites de la malaria, on administre de la quinine et de l'arsenic. Guérison complète en 18 jours. GEORGES THIBIERGE.

Zur Intermittens larvata, par KRAFFT-EBING (*Wiener medizinische Presse, n°* 1, 1892).

Krafft-Ebing a observé en 1889 un homme de 29 ans entré dans son service comme épileptique. Cet homme avait eu en 1886 des accès fébriles à type tierce dont il semblait guéri, lorsqu'en 1888, il eut de nouveaux accès. Au cours de l'un d'eux, il se fit une légère blessure à l'apophyse mastoïde droite. A partir de cet incident, le malade eut des attaques épileptoïdes, sans aura. Bromure de potassium 5 grammes par jour, sans effet. La rate tuméfiée mesure 13,5 sur 12. La quinine est administrée largement; les accès fébriles et les attaques nerveuses vont diminuant; la rate se décongestionne. Suspension du traitement. Rechute. On redonne le sulfate de quinine auquel on ajoute la liqueur de Fowler. Guérison. CART.

Die Mundseuche des Menschen... (Stomatite épidémique identifiée avec la fièvre aphteuse des animaux), par SIEGEL (*Deutsche med. Woch., n°* 49, *p.* 1328, 1891).

On sait depuis longtemps (*R. S. M.*, XX, 104) que la fièvre aphteuse des animaux de l'espèce bovine est transmissible à l'homme. Siegel démontre l'existence d'une bactérie à laquelle sont dues à la fois la fièvre aphteuse des animaux et une *stomatite épidémique*, qu'il ne croit pas devoir désigner sous le nom précis de stomatite aphteuse. (Ce dernier terme ne serait applicable qu'aux formes légères de la maladie.)

Cette stomatite a été observée par lui à Rixdorf et à Britz, localités voisines de Berlin, peuplées de 9,000 habitants; elle a régné épidémiquement de mars à septembre 1889 (300 cas connus de l'auteur); mais dès lors l'épidémie s'est transformée en *pandémie* et, jusqu'en juillet 1891, les deux tiers de la population ont été atteints. A Britz le nombre des décès dus à cette maladie a été en 1889 de 11 (sur 195 décès); en 1890, de 21 (sur 170 décès); dans la première moitié de 1891, 4 décès seulement. Sur ces 36 décès, 15 se rapportent à des enfants, 21 à des adultes. A Rixdorf, la statistique n'a pu être faite.

Voici les traits principaux de la maladie. Incubation durant de 8 à 10 jours. Prodromes durant de 3 à 8 jours : frissons, lombago, vertige, nausées, fièvre (39°5). Stomatite caractérisée d'abord par la tuméfaction, la douleur, etc., puis par des vésicules auxquelles succèdent des ulcérations de dimensions variables. La fin de la période fébrile est marquée par des pétéchies, des bulles à contenu sanglant au niveau des membres. Le convalescence dure de 4 à 8 semaines. Durée totale variable; on voit des malades souffrir pendant un an ou 18 mois.

Complications : orchite, suspension des règles, avortement, hémiplégie, paraplégie, contractures tétaniformes. L'albuminurie n'a été notée que 2 fois. Le cœur est souvent touché : arythmie, souffle. La rate n'est jamais grosse mais il y a constamment de la tuméfaction du foie.

Comme dans le scorbut, tendance manifeste aux hémorragies cutanées, nasales, gingivales, gastro-intestinales.

La contagion directe de l'homme à l'homme a été prouvée dans plusieurs cas; mais, en outre, l'auteur a appris des vétérinaires de Britz l'existence d'une épidémie très importante de fièvre aphteuse sévissant sur l'espèce bovine du pays depuis 1877.

Les personnes contagionnées directement par les animaux n'ont pas été gravement atteintes. Le virus des animaux semble donc atténué, tandis que celui de la stomatite humaine est particulièrement actif. Mais des deux côtés c'est toujours le même microbe qu'il faut incriminer.

L'auteur en effet a trouvé dans le foie et les reins des sept malades qu'il a autopsiés une bactérie mince, longue de 0μ,5, fixant les couleurs d'aniline, se cultivant dans l'agar et la gélatine sans provoquer de liquéfaction. L'inoculation des cultures ayant échoué sur le lapin, le chien, la souris, le cobaye, a réussi au contraire chez quatre jeunes porcs et chez deux veaux qui ont présenté les symptomes de la stomatite aphteuse. Le foie et les reins de ces deux derniers offraient les bactéries spécifiques disposées comme chez l'homme.

Les recherches faites sur le lait de deux vaches atteintes de fièvre aphteuse ont échoué. L'auteur rapproche les formes graves de la stomatite qu'il a observée du scorbut, qu'il considère aussi comme dérivant de la fièvre aphteuse des bovidés. L. GALLIARD.

De la chorée hystérique arythmique, par AUCHÉ (*Progrès médical*, 5 *décembre* 1891).

Auché rapporte trois observations de malades présentant les troubles moteurs caractéristiques de la chorée de Sydenham, mais chez lesquels l'association avec des stigmates hystériques, hémianesthésie, ovaralgie, rétrécissement du champ visuel, etc., l'alternance avec des crises convulsives hystériques, permettait d'affirmer que les mouvements choréiques étaient manifestement d'origine hystérique. H. L.

I. — Fall von Dystrophia muscularis progressiva (Forme pseudo-hypertrophique), par GOERNE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 658, 29 *juin* 1891).

II. — Autopsie négative d'un cas de dystrophie juvénile, par JOLLY (*Ibidem*, *p.* 659).

III. — Extension des nerfs dans un cas de pseudo-hypertrophie musculaire, par LINDNER (*Ibidem*, *p.* 658).

I. — Garçon de 8 ans, sans hérédité. Bien portant jusqu'il y a trois ans, où, pendant le cours d'une année, il a eu successivement la scarlatine et la rougeole. Le début de son affection a eu lieu entre ces deux fièvres éruptives, par une fatigue rapide dans la marche; après la rougeole, l'enfant n'a plus pu ni courir ni monter les escaliers : il était obligé de se tenir à la rampe et d'élever ses jambes avec les bras. Peu à peu la marche devint titubante avec lordose lombaire. Depuis trois semaines, impossibilité complète de marcher.

Retard dans le développement intellectuel; ce garçon ne sait ni lire ni écrire. Pas de gêne dans la parole; langue remarquablement large. Aux membres supérieurs, les muscles sont flasques, sans traces d'atrophie. Dès qu'il est assis, son dos s'incurve en avant.

Les membres inférieurs sont le siège des principales altérations ; même dans le décubitus dorsal les pieds ne reposent que sur leurs pointes dirigées en dedans (faiblesse des fléchisseurs dorsaux et contracture des muscles

du mollet). Les muscles des mollets sont volumineux et durs, tandis que les autres muscles des membres inférieurs sont flasques et atrophiés. Ce sont les triceps fémoraux qui sont le plus atrophiés. Une légère pression sur le genou en empêche la flexion; nulle part de contractions fibrillaires.

L'excitabilité électrique (galvanique et faradique) est considérablement amoindrie, mais sans trace de réaction de dégénérescence même partielle au niveau de tous les muscles des membres inférieurs et du dos. Sensibilité complètement normale; il semble même y avoir un peu d'hyperesthésie. Réflexes cutanés et réflexes rotuliens abolis à cause de l'atrophie des triceps. Impossibilité de se tenir debout sans soutien. Pas de troubles de la déglutition ni des sphincters. Urines normales, ainsi que la température. Rien d'anormal à la face. La galvanisation et le massage se sont montrés inefficaces.

II. — Garçon de 15 ans, offrant, depuis une année, une combinaison des types facio-scapulo-huméral et pelvien; il existait aussi des altérations de la face. Au toucher, aucun des muscles ne paraissait atrophié, et cependant pas un ne fonctionnait parfaitement; la fatigue l'obligeait immédiatement à suspendre ses mouvements. Il ne pouvait jamais qu'une première fois essayer de se lever ou de mouvoir ses membres. De même, il éprouvait une peine infinie à manger et à avaler sa salive. Mort brusque par suffocation en mangeant; avant qu'on eût pu lui retirer la bouchée, qui n'était pas très volumineuse, la respiration s'était définitivement arrêtée. L'exploration électrique révélait les mêmes troubles observés dans les contractions volontaires : la réaction, bonne d'abord, devenait de plus en plus faible, sans réaction de dégénérescence.

Autopsie. En dehors de l'œdème pulmonaire, cause immédiate de la mort, aucune lésion à l'œil nu, ni des muscles ni des nerfs. Jolly se réserve de faire connaître, s'il y a lieu, les résultats de l'examen microscopique.

III. — A l'époque où l'extension des nerfs jouissait de la vogue, Lindner l'a pratiquée à plusieurs reprises, dans un cas de pseudo-hypertrophie musculaire qui ne laissait plus d'espoir. Chaque fois, cette opération a été suivie d'une amélioration considérable, mais passagère, durant deux ou trois semaines. J. B.

Cinq cas d'atrophie musculaire progressive du type familial, par D. CALDERAI (*Riv. gen. ital. di clin. medica*, *n*os 20, 21, 22, *p.* 469, 1891).

Calderai a observé cinq cas d'atrophie musculaire, primitive de type familial. Le père des enfants atteints était sain, mais avait eu quelques attaques d'épilepsie ; ses ascendants et ses frères étaient d'ailleurs parfaitement sains; la mère était bien portante.

Sur onze enfants, quatre sont morts, dont l'un était hydrocéphale, et l'autre succomba aux progrès d'une atrophie musculaire primitive, ayant débuté par les membres inférieurs.

Des cinq survivants, quatre sont atteints de la même atrophie; un seul, une fillette de 9 ans, est jusqu'à présent bien portante. Chez tous, l'atrophie a débuté de la même façon par les membres inférieurs et gagné lentement les membres supérieurs et le thorax ; c'est une atrophie du type Leyden-Möbius; pas de troubles de la sensibilité, pas de mouvements fibrillaires, ni de réaction de dégénérescence. G. LYON.

I. — Contribution à l'étude des complications cérébrales et méningitiques des oreillons, par LIÉGEOIS (*Progrès médical*, 30 *octobre* 1891).

II. — Note sur un cas de paralysie survenue dans le cours des oreillons, par CHAVANIS (*Loire méd.*, 15 *septembre* 1891).

I. — Liégeois rapporte trois cas de complications cérébrales dans le cours

d'une poussée d'oreillons. Dans le premier cas, les phénomènes de congestion cérébrale (vertiges, céphalalgie, prostration, adynamie) se montrèrent en même temps que paraissait le gonflement du testicule. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un alcoolique chez qui, le lendemain du jour où les testicules étaient gonflés, parut un état quasi-comateux avec rétention d'urine, parésie faciale gauche, parésie des membres, entrecoupée de légères convulsions, amaurose très accentuée ; la crise dura quatre jours, puis l'intelligence revint complète en quelques heures ; l'affaiblissement musculaire dura une dizaine de jours. Le troisième malade était un neurasthésique hypochondriaque ayant eu au moins une crise épileptiforme. La poussée testiculaire consécutive aux oreillons durait depuis deux jours, quand elle disparut rapidement, laissant place à des troubles nerveux, délire mélancolique, puis convulsions classiques des quatre membres; puis délire tantôt calme, religieux, tantôt furieux, constipation, incontinence d'urine. Au neuvième jour, depuis le début des crises épileptiformes, survint un état comateux, qui dura trente-six heures jusqu'au moment de la mort. H. LEROUX.

II. — Homme de 55 ans, ancien dyspeptique, est atteint le 2 juillet d'une violente attaque d'oreillons, dont la convalescence ne s'établit pas franchement et est souvent troublée par des maux de tête, du délire nocturne, une faiblesse générale et l'apparition de phénomènes paralytiques.

Le 23 septembre, on note les accidents suivants : mal de reins, lourdeur de tête, faiblesses fréquentes, regard hébété, égaré, troubles paralytiques dans les deux membres inférieurs, plus accusés dans la jambe gauche.

Le malade a la sensation que son pied gauche est trop court et qu'il ne remplit pas sa bottine; il traîne un peu la jambe gauche qui est le siège de transpiration. Sensation de caoutchouc à la plante des pieds.

Depuis le mois d'août, à trois reprises, les parotides sont devenues le siège d'un léger gonflement.

En octobre, peu de changement ; en novembre, légère amélioration, mais, dans la suite, pendant près d'une année, on continue de noter un affaiblissement relatif de l'intelligence et une persistance des troubles parétiques, qui, néanmoins, se sont très amendés après une saison à Lamalou. OZENNE.

Observation de zona développé sur le trajet du nerf radial pendant une rougeole, par ADENOT (*Revue de médecine*, *juillet* 1891).

Au déclin d'une rougeole normale chez une jeune fille de vingt-deux ans, survinrent des douleurs très vives dans le bras et l'épaule du côté droit. Ces douleurs irradiaient sur le trajet du nerf circonflexe et du nerf radial. Au bout de quelques jours un groupe de cinq à dix grosses vésicules d'herpès apparut au niveau de la face dorsale et externe de la deuxième articulation carpo-métacarpienne. Le contenu est louche sans être franchement purulent La guérison survint en l'espace d'une quinzaine de jours, mais les manifestations douloureuses persistèrent plus longtemps.

Adenot croit que ce zona radial qu'il qualifie de rubéolique a été provoqué par le principe infectieux de la rougeole tout comme la fièvre zoster se développe sous l'influence d'une infection particulière.

C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie, par MARESTANG (*Revue de médecine*, *septembre* 1891).

L'auteur est partisan de la non identité de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie. Les principaux caractères différentiels qu'il donne sont les suivants : en faveur de la syringomyélie; la dissociation des

troubles sensitifs; l'intégrité des muscles superficiels de la face ; l'absence de taches sur la peau ; l'intégrité du système pileux ; les déviations de la colonne vertébrale : en faveur de la lèpre, l'abolition de la sensibilité tactile, l'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face; l'épaississement des nerfs avec renflements nodulaires; la présence de taches sur le corps, surtout si celles-ci sont insensibles ; la résorption spontanée des phalanges ; des altérations excessives des ongles; la chute complète ou partielle des poils ; la présence du bacille de Hausen dans les parcelles de tissus ulcérés. C. GIRAUDEAU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Puerperale Endometritis, par BUMM (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 30, p. 757, 27 *juillet* 1891).

A l'aide de coupes pratiquées tant sur des fragments obtenus par la curette que sur des utérus de femmes ayant succombé à l'infection puerpérale, Bumm a étudié la disposition des microorganismes et l'état de l'utérus.

Dans un premier groupe de faits, il a constaté, sur les limites de la muqueuse, la formation d'un rempart de cellules rondes qui s'oppose à la pénétration plus profonde des microorganismes. Dans quelques cas exceptionnels, les vaisseaux lymphatiques et sanguins peuvent, il est vrai, être atteints, ce qui rend compte alors des progrès ultérieurs du processus.

Dans un groupe tout opposé, on voit toute la musculature de l'utérus farcie de microorganismes, sans que nulle part on aperçoive le rempart de petites cellules.

Comme la forme des microorganismes est la même dans les deux groupes de faits, la différence ne peut tenir qu'au degré de virulence des microorganismes et peut-être aux variétés de résistance de l'organisme.

J. B.

De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale, par BOURSIER (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 *septembre* 1891).

Sur 139 malades, atteintes de métrites, Boursier en a noté 89, dont l'affection était nettement d'origine puerpérale. Parmi les circonstances, qui en favorisent la production, il faut surtout citer le défaut d'asepsie de l'accoucheur et de ses aides, l'absence de précautions hygiéniques et du repos pendant un temps suffisant après l'accouchement et après les avortements, les interventions opératoires, la multiplicité des accouchements, les déchirures considérables du col utérin et les infections conjuguées. OZENNE.

Salpingotomie pour pyosalpingite ouverte dans le rectum, par DANDOIS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 8, *p.* 528, 1891).

Chez une femme de 25 ans, vierge, dysménorrhéique, n'ayant jamais subi un examen médical quelconque des voies génitales, il se développa une tumeur kystique qui s'ouvrit à plusieurs reprises dans le rectum en laissant échapper du pus. Une incision montra qu'il s'agissait d'une salpingite. Les adhérences au rectum ayant rendu une extirpation difficile et dangereuse au point de vue du péritoine, on se borna à ouvrir le kyste, qui contenait trois litres de pus, et à le suturer à la peau. L'amélioration fut très rapide, mais la cicatrisation absolument complète demanda cinq mois. La cause de cette salpingite chez une femme absolument vierge n'a pu être déterminée.

LEFLAIVE.

Lacerations of the cervix uteri, par Th. C. SMITH (*Amer. Journ. of obst., janvier* 1891).

Smith proteste contre l'abus de la trachélorraphie pour remédier aux déchirures du col. Si dans quelques cas l'opération d'Emmet est bien indiquée, dans beaucoup d'autres elle est inutile. L'auteur a d'ailleurs été frappé de ce fait, qu'un grand nombre de femmes n'ont à la suite de leur accouchement aucune déchirure notable du col. Il pense aussi qu'on a beaucoup exagéré les inconvénients de ces déchirures, en leur attribuant des avortements, des ménorragies, la stérilité, des désordres nerveux, etc. On a même soutenu que les lesions traumatiques du col prédisposaient au cancer ; or, dans 15 cas de cancer utérin observés par Smith dans sa pratique privée, il lui a été impossible de constater cette origine.

Il rapporte plusieurs observations de femmes auxquelles on avait proposé l'opération d'Emmet et qu'il a pu guérir sans intervention sanglante. Voici le traitement qu'il conseille en pareil cas :

Si la déchirure est constatée pendant le travail, on aura recours aux injections chaudes antiseptiques dans le double but d'éviter qu'il se fasse une infection au niveau de la déchirure et de hâter l'involution pour diminuer la surface divisée. Plus tard, si la lésion persiste, on fera sur les tissus lésés des applications de teinture d'iode, d'acide phénique, même d'acide nitrique, de façon à obtenir une réunion progressive des angles de la déchirure. La guérison sera aidée par l'application de tampons de glycérine et de tanin. On sera souvent surpris de l'efficacité rapide d'un traitement aussi simple. CH. MAYGRIER.

Vaginale Operation der Retroflexio Uteri mit Eröffnung des Douglasschen Raums par C. H. STRATZ (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXI*, 2).

D'après Stratz, la meilleure manière de guérir la rétroflexion est de supprimer la cavité de Douglas et d'empêcher ainsi définitivement l'utérus de retomber en arrière. La méthode qu'il emploie consiste à faire la résection du cul-de-sac de Douglas par le vagin.

Il pratique d'abord sur le périnée, entre le rectum et le vagin, une incision en forme de V dont la pointe regarde en arrière, et dissèque un lambeau vaginal jusqu'aux insertions du col. Deux pinces de Péan sont appliquées tout près l'une de l'autre sur ce lambeau, depuis sa pointe jusqu'au museau de tanche ; puis le lambeau est sectionné entre les deux

pinces dans toute sa longueur, et chacune de ses moitiés est enroulée autour de la pince correspondante de dedans en dehors. Ainsi se trouvent mis à nu la paroi antérieure du rectum et profondément l'espace de Douglas. Ce dernier est alors largement ouvert et réséqué dans une étendue variable, suivant les besoins. Le fond de l'utérus rétrofléchi apparaît; on le libère de ses adhérences et on redresse l'organe. Les deux moitiés du lambeau sont ensuite déroulées progressivement et fixées à l'aide de sutures au catgut à la partie inférieure de l'espace de Douglas et à la paroi antérieure du rectum. Une fois la plaie vaginale suturée, il ne reste plus qu'à réunir l'incision périnéale.

Stratz a fait cette opération 15 fois; 14 femmes opérées depuis un temps assez long ont guéri sans récidive du déplacement utérin.

CH. MAYGRIER.

I. — Zur manuellen Behandlung der Gebärmuttersenkung (Traitement manuel de l'abaissement de la matrice), par Sigmund GOTTSCHALK (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 30, *p.* 749, 27 *juillet* 1891).

II. — Ueber den Werth der gynækologischen Massage, par Eugen ARENDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 675, *et n°* 28, *p.* 699, 6 *et* 13 *juillet* 1891).

III. — Ueber den Werth der gynækologischen Massage nach Thure Brandt, par A. DUEHRSSEN (*Ibidem*, *n°* 44, *p.* 1065, 26 *octobre*, *n°* 45, *p.* 1101, *et n°* 46, *p.* 1115, 2 *et* 9 *novembre* 1891).

IV. — Bemerkungen..., par Sigmund GOTTSCHALK (*Ibidem*, *n°* 47, *p.* 1139, 16 *novembre*).

I. — Gottschalk a guéri, sans aucun aide, deux femmes atteintes de descente de la matrice avec cystocèle, par les manipulations suivantes :

1° L'intestin et la vessie vidés, on replace, selon le procédé ordinaire, l'utérus rétrofléchi; 2° On garde les deux doigts de la main gauche, introduits dans le vagin pour redresser l'utérus, appliqués sur la face antérieure du col, qu'ils refoulent en arrière. Pendant ce temps, on enfonce la main droite, placée sur l'abdomen entre la symphyse pubienne et la face antérieure de l'utérus, la paume de la main tournée en avant; le corps de l'utérus doit reposer alors sur le dos de la main, tandis que le col repose sur la face dorsale des doigts.

Ensuite, à l'aide des deux doigts qui dans le vagin fixent le col en arrière et de la main extérieure, on soulève l'utérus directement en haut; le col remonte ainsi jusqu'au delà du promontoire. La distension du vagin est au maximum, les culs-de-sac sont effacés; la cystocèle a disparu; le repli vésico-utérin du péritoine et les ligaments ronds sont fortement tendus. L'utérus se trouve en rétroposition et élevé au-dessus du bassin autant qu'il était possible. Gottschalk le maintient trois ou quatre minutes dans cette situation, l'un des doigs vaginaux appliqué au devant de l'orifice externe du col; 3° Au bout de ce temps, la main extérieure abandonne la face antérieure de l'utérus et l'on saisit avec la paume la face postérieure de l'organe que les doigts placés dans le vagin continuent à maintenir soulevé. En décrivant des arcs de cercle, on attire le corps utérin en avant et en haut; puis l'utérus guidé par les doigts vaginaux et la main externe regagne doucement le petit bassin. Dans cette manœuvre, la distension porte sur les ligaments utéro-sacrés et le repli recto-

utérin du péritoine tandis que les parties distendues par la manœuvre précédente se trouvent relachées. 4° Le dernier acte des manœuvres, dirigé surtout contre la rétroflexion et la rétroversion, consiste à amener l'utérus en antéflexion forcée pour en masser la paroi postérieure et les ligaments pendant quelques minutes. Afin de porter simultanément le col en avant, on place le médius sur la face postérieure du col et l'index au niveau de l'angle que forme le col avec le corps de l'utérus.

Ces diverses manipulations doivent être répétées quatre fois par séance. Gottschalk y a adjoint, chez ses deux malades, les mouvements de rapprochement et d'écartement des genoux que Thure Brandt prescrit pour fortifier le plancher pelvien.

II. — Chaud plaidoyer en faveur de la méthode de massage gynécologique de Thure Brandt. Arendt réfute les divers reproches qui lui ont été faits : de provoquer des excitations sexuelles, d'être irrationnelle, dangereuse. A ce propos, il expose les contre-indications à son emploi : 1° affections des trompes de Fallope, quoique Lomer (*Centr. f. Gynaek.* 1890) ait signalé des succès par ce traitement; 2° fièvre; 3° collections purulentes ou leurs résidus; 4° femmes vouées aux habitudes solitaires, atteintes de névroses ou de dyscrasies (tuberculoses, cancer); 5° au point de vue de la technique, ne jamais pratiquer de frictions énergiques et ne pas remplacer l'index vaginal par l'instrument de Weissenberg (*Centr. f. Gynaek.* 1889).

Le seul reproche légitime qui lui ait été adressé, c'est la longue durée du traitement, aussi Arendt s'est-il décidé à y adjoindre des médications résolutives : iodoforme, teinture d'iode, ichthyol, bains, etc.

D'après lui, les indications du massage de Brandt sont les suivantes : 1° paramétrites et périmétrites chroniques; 2° métrites et endométrites chroniques; 3° subinvolution utérine; 4° hyperémie utérine; 5° métrorragies atoniques, bien entendu, à défaut des autres moyens d'hémostase: eau chaude, pôle positif du courant constant, tamponnement, ergotine, etc; 6° prolapsus de l'utérus, avec ces réserves qu'il y a lieu de renoncer au massage si, au bout de dix jours, on n'a obtenu aucun résultat et qu'il n'y a pas lieu de l'entreprendre chez les femmes très débilitées, à utérus atrophié, à parois musculeuses de l'abdomen trop flasques, à parois vaginales ayant perdu leur élasticité par l'usage prolongé de pessaires; quand il se produit une récidive du prolapsus, Arendt fait suivre le massage de la colporraphie. Aux contre-indications déjà énumérées du massage, il faut ajouter ici la trop grande épaisseur des parois abdominales, la grossesse, la surexcitation sexuelle, les tumeurs et la péritonite chronique; 7° rétroflexions. Arendt a recouru au traitement de Thure Brandt dans seize cas de rétroflexion avec fixation de l'utérus par des adhérences; il n'a échoué que deux fois.

III. — Duehrssen a été apprendre la technique du massage auprès de Brandt lui-même. Quand il s'agit de combattre des métrorragies, de l'aménorrée, de la dysménorrée et même certains prolapsus utérins, on y arrive plus sûrement, plus rapidement, plus commodément et sans plus de danger, par les méthodes usuelles de traitement que par le massage dont l'indication principale sont les résidus de paramétrites et de périmétrites avec fausses membranes et adhérences ayant entraîné le déplacement de l'utérus, des ovaires et des trompes. Mais au lieu de pra-

tiquer les soulèvements de l'utérus à la façon de Brandt, Duehrssen soulève cet organe à l'aide de deux doigts placés dans le vagin, puis avec la main extérieure, l'attire en avant. Un point essentiel pour le succès du massage, c'est de faire l'introduction de la main gauche dans le vagin, comme l'indique Brandt, c'est-à-dire en passant au dessous de la cuisse gauche de la malade; c'est le seul moyen d'assurer les mouvements en tous sens de la main droite chargée de pratiquer les frictions sur l'abdomen. Duehrssen réfute ensuite les objections portant sur les effets des soulèvements de l'utérus. Il prouve par des exemples que l'action de ces manœuvres ne s'explique pas seulement par la distention des adhérences utérines, ainsi que le prétend Ziegenspeck. Pour éviter d'avoir recours à un aide, Duehrssen pratique le soulèvement vaginal de l'utérus, qu'il estime à la fois plus simple et plus efficace. Mais il n'y emploie que les doigts à l'inverse de Sielski (*Centr. f. Gynaek.* 1889, n° 4), de Pawlik (*ibidem* n° 13) et de Kolzapfel (*Wiener med. Blätter* 1890 n[os] 40 et 43) qui recourent à des instruments. Suit la relation de dix-huit observations d'affections de l'utérus ou de ses annexes dans lesquelles Duehrssen s'est servi avec profit du traitement de Brandt. Il conclut ainsi : Quand il n'existe pas d'endométrite, le massage pratiqué méthodiquement suivant la méthode de Thure Brandt est sûrement capable de distendre, ou même de rompre, les cordons et les adhérences des paramétrites et des périmétrites. Lorsqu'il s'agit d'adhérences de périmétrite, la méthode de Schultze (*R. S. M.*, XXXV, 624), pratiquée à l'aide de l'anesthésie, peut abréger le traitement; réciproquement, il peut être indiqué de recourir subséquemment au massage de Brandt, pour éviter la formation de nouvelles adhérences. La laparotomie n'est indiquée en cas de rétroflexion de l'utérus fixé, d'ovarite et de périovarite, qu'autant qu'un massage rationnel s'est montré impuissant, à supposer bien entendu, qu'il n'y ait pas de blennorragie en cause.

Les soulèvements de l'utérus qui, d'une façon plus simple et tout aussi efficace, peuvent être faits uniquement par le vagin, réussissent maintes fois à guérir la rétroflexion.

Les exsudats des ligaments larges, qui ont été le siège d'une suppuration antérieure, contre-indiquent le massage. A part ces cas, le massage amène une résorption rapide des exsudats de paramétrite.

IV. — Réclamation de priorité de Gottschalk à l'égard de Duehrssen, relativement aux soulèvements de l'utérus par le vagin. J. B.

Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin, par PICHEVIN (*Broch. Paris*, 1891).

L'auteur, après avoir rappelé que Canquoin et Gallard ont été les premiers à employer ce mode de cautérisation, critique en détail les méthodes de Dumontpallier et de Polaillon; il montre l'insuffisance fréquente de chacune d'elles, et il insiste sur leurs dangers (hémorragies et pelvi-péritonite) et sur leurs conséquences éloignées (atrésie, hématosalpinx, salpingite, péritonite, etc...)

La conclusion de l'auteur est la suivante : La cautérisation intra-utérine avec la pâte de Canquoin est infidèle et dangereuse; aucune métrite n'est justiciable de cette méthode de traitement. OZENNE.

An operation for shortening the utero-sacral ligaments, par HERRICK (*Amer. Journ. of obst. mars* 1891).

Le traitement de la rétroversion et du prolapsus par l'établissement d'adhérences postcervicales a été décrit pour la première fois en 1883 par Herrick. L'auteur ne tarda pas à s'apercevoir que cette opération, dans laquelle il suturait le col au cul-de-sac de Douglas, ne réussissait que quand les sutures étaient profondément placées et qu'elles intéressaient en partie les ligaments utéro-sacrés. Aussi a-t-il été amené à modifier son procédé en raccourcissant ces ligaments. Voici sa nouvelle manière d'opérer :

La malade étant placée dans la position de Sims et le périnée fortement abaissé à l'aide d'une valve de Sims, la face postérieure de la portion vaginale du col est dénudée avec des ciseaux courbes. Le cul-de-sac de Douglas est à son tour avivé dans une étendue correspondante à celle du col. La largeur de l'avivement est proportionnée à l'ampleur du vagin. La première suture est introduite à travers le col avec une aiguille courbe ; l'aiguille est dirigée dans le cul-de-sac de Douglas aussi près de l'utérus que possible, jusqu'à ce qu'on sente qu'elle pénètre dans le ligament utéro-sacré ; elle est alors portée en arrière tout près du rectum et retraverse en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas, le même ligament. Elle vient ressortir dans le vagin au niveau des bords de la surface cruentée : le fil est serré modérément. Cette suture profonde est faite au fil d'argent ; l'aiguille doit être guidée sur le doigt, qui, introduit dans le rectum, sent très bien les ligaments utéro-sacrés et assure la bonne direction de son trajet. D'autres fils superficiels sont ensuite passés entre le col et le cul-de-sac pour unir les deux surfaces avivées.

Un autre procédé pour raccourcir les ligaments de Douglas consiste, après avoir fait le même avivement que précédemment, à ouvrir le cul-de-sac tout près de l'utérus, à accrocher ces ligaments avec un crochet mousse, à les attirer en bas entre les surfaces cruentées et à les comprendre ainsi dans la suture de ces surfaces.

Le dernier moyen est préférable, car l'opérateur peut mieux raccourcir les ligaments à son gré.

Herrick a pratiqué plusieurs fois cette opération toujours avec succès, sans accidents, et l'utérus redressé a conservé par la suite sa position normale.

CH. MAYGRIER.

Hystérectomie vaginale dans un cas de métrite hémorragique, pour laquelle le curetage était inapplicable, chez une femme de 44 ans; guérison, par OZENNE (*Journ. de méd., Paris*, 24 *janvier* 1892).

Femme de 44 ans, atteinte depuis 9 ans d'un écoulement blanc jaunâtre utérin, auquel s'étaient ajoutées, dans les derniers mois, de fréquentes hémorragies, des malaises généraux de l'amaigrissement et de la perte des forces. L'examen fait constater une augmentation de volume de l'utérus, qui est mobile, peu douloureux et en antéversion ; sa cavité dont s'échappe un liquide sanguinolent donnant une odeur fétide mesure 9 à 10 centimètres. Le cathéterisme montre en même temps que la paroi postérieure de l'utérus est épaissie et que sa paroi antérieure est, au contraire, tellement amincie à sa jonction avec le fond de l'organe du côté droit, que l'extrémité de l'hystéromètre semble pour ainsi dire en rapport immédiat avec la face profonde de la paroi abdominale.

En présence de cette donnée, qui devait craindre une perforation utérine, si l'on exécutait un curetage et devant faire la continuation des hémorragies devenues menaçantes pour la vie, l'hystérectomie vaginale est pratiquée et suivie d'une rapide guérison.

L'examen microscopique de l'utérus a montré qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme, comme avait pu le faire craindre la fétidité de l'écoulement, mais d'une métrite fongueuse, offrant ces particularités de présenter un développement très accentué des vaisseaux avec hypertrophie considérable du tissu musculaire et hyperplasie du tissu cellulaire, sauf au niveau de la portion amincie de l'organe où la paroi était réduite à une mince couche séro-fibreuse. O.

Ein Wort für die Schrœdersche Methode der Myomotomie (Un mot en faveur de la myomotomie d'après la méthode de Schrœder). par BRENNECKE (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXI*, 1).

Se basant sur 22 myomotomies pratiquées avec succès, sauf un seul cas où il a eu recours au traitement intrapéritonéal du pédicule, Brennecke se prononce en faveur de la méthode de Schrœder. Les insuccès attribués à ce procédé par d'autres auteurs, particulièrement le danger de l'hémorragie, proviennent de fautes de technique. Il y a trois temps importants dans l'opération : 1° la pose d'une ligature élastique autour de la base de la tumeur après décollement de la vessie et ligature des artères utéro-ovariennes dans les ligaments larges; 2° l'excision cunéiforme de la tumeur au-dessus de la ligature et la formation d'une pédicule mince à lèvres souples ; 3° la réunion des lèvres de l'entonnoir ainsi formé au moyen d'une suture continue en étage au catgut, puis l'enlèvement de la ligature élastique.

Les sutures ne doivent pas être trop serrées pour ne pas gêner la circulation dans le pédicule; c'est pour cette même raison que la ligature des artères utérines doit être rejetée. Au point de vue antiseptique, la cavité cervicale doit être lavée avec une solution forte de sublimé, mais on doit éviter l'emploi de l'acide phénique ou du thermocautère, qui produisent des eschares.

Sur 18 cas traités par la méthode intrapéritonéale avec ouverture de l'utérus, il y a eu six fois des accidents retardant la guérison, par suite d'infractions à la méthode.

L'auteur admet que la préférence donnée par Martin et Fritsch à l'extirpation totale sur la myomotomie est injustifiable, puisqu'un opérateur comme Martin a eu une mortalité de 26.6 0/0. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Fibroid des Eileiters (Tumeur fibreuse de la trompe), par F. SPÆTH (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXI*, 2).

Les fibromes des trompes sont d'une extrême rareté et ne donnent qu'exceptionnellement lieu à une intervention chirurgicale. Une femme souffrait de vives douleurs dans le côté gauche du ventre, accompagnées de vomissements fréquents. La laparotomie permit d'enlever une tumeur qui tenait à la trompe gauche et présentait de nombreuses adhérences péritonéales. La trompe, manifestement raccourcie, aboutissait, à 1 centimètre de l'utérus, à une tumeur sur laquelle s'étalait le pavillon et qui était formée par la paroi tubaire, épaisse de 4 centimètres environ. Le

microscope démontra dans cette tumeur la stucture d'un fibro-myôme sans aucune lésion inflammatoire. CH. MAYGRIER.

Ueber Ovarial und Tubenresection, par MARTIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27 *p.* 681, 6 *juillet* 1891).

1° *Résection des ovaires.* — Des 21 femmes ovariotomisées par Martin en laissant en place les portions normales des ovaires, 4 ont eu 7 grossesses ultérieures.

2° *Résection des trompes.* — Sur 21 femmes auxquelles Martin n'a enlevé que les portions malades des trompes, l'une a conçu un an et demi après l'opération, mais elle a avorté.

Chez quelques-unes de ses opérées, la santé ultérieure n'était pas parfaite, mais néanmoins Martin reste partisan, le cas échéant, de respecter la portion saine des trompes afin de ne pas empêcher la conception. J. B.

Contributo allo studio dei sarcomi dell' utero, par E. PESTALOZZA (*Il Morgagni*, *p.* 547, *septembre* 1891).

Parmi les variétés du sarcome de l'utérus, il en est une qui se distingue par un pouvoir infectant extraordinaire, par une marche très rapide et par des localisations métastatiques particulières. Cette variété mérite de former un groupe spécial à cause de ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques propres et on pourrait la désigner sous le nom de sarcome hémorragique ou de sarcome infectant. Dans les 2 seuls cas qui ont été l'objet d'un examen microscopique détaillé, il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes, avec formation de cellules géantes disséminées dans le tissu musculaire de l'utérus. Les transformations subies par les éléments musculaires expliquent la destruction de la tunique musculaire et probablement l'envahissement des vaisseaux qui constitue en quelque sorte, au point de vue anatomique la caractéristique de cette variété de sarcome. Le sarcome infectant de l'utérus a un pronostic plus fâcheux que celui de toutes les autres formes en raison de la rapidité extrême de sa marche résultant de l'infection vasculaire. G. THIBIERGE.

Fibromyom der vorderen Vaginalwand... (Fibromyome de la paroi antérieure du vagin gros comme une tête d'enfant), par HOFMOKL (*Wien. med. Presse*, *n°* 32, *p.* 1229, 1891).

Une femme de 49 ans, ayant eu trois grossesses normales, se présente, le 3 juin, pour une hémorragie vaginale. A cinq centimètres de la vulve, qui ne présente d'ailleurs aucune anomalie, on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, peu consistante, retenue à la paroi antérieure par un court pédicule. La muqueuse qui la recouvre est lisse et sillonnée de veines. Cette tumeur refoule l'utérus, que le doigt n'atteint pas, et comprime la vessie.

La ponction montre qu'il existe dans la tumeur une cavité du volume d'une noix contenant du sang. On excise un fragment qui présente des cellules fusiformes, des cellules étoilées et du tissu conjonctif.

Le 19 juin, on pratique la ligature élastique du pédicule dont le diamètre mesure cinq centimètres; cette ligature est resserrée le troisième jour, et, le cinquième, la tumeur se détache. Pansement à l'iodoforme. Guérison.

Le vagin s'est rétréci et raccourci, de sorte qu'au moment du départ de l'opérée, on peut explorer aisément l'utérus. L. GALLIARD.

Pseudomyxoma peritonei (Werth). Heilung durch Laparotomie, par WAITZ (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 499, 1891).

L'auteur a laparotomisé une femme de 41 ans, chez qui il était impossible d'établir un diagnostic précis. Il a vu s'écouler immédiatement des masses gélatineuses épaisses, de coloration jaune clair, qui remplissaient la cavité péritonéale dans sa totalité et adhéraient sur plusieurs points au péritoine épaissi. Il en a obtenu 13 livres. Cette gelée avait une densité de 1014; elle était formée surtout de matière colloïde et aussi d'une faible quantité de mucine.

Il y avait en outre une tumeur pédiculée de l'ovaire droit, grosse comme deux fois le poing, polykystique (cystome glandulaire, et non pas cystome papillaire comme on aurait pu le penser).

L'opérée a guéri lentement mais d'une façon complète; au bout de 8 mois, son état reste bon.

Il s'agit là de ce que Werth a appelé pseudomyxome péritonéal. La péritonite chronique spécifique a été consécutive à la rupture du plus grand des kystes ovariques, lequel se trouvait largement ouvert. On ne peut songer dans ce cas à une tumeur maligne. L. GALLIARD.

Hystérectomie abdominale, par TERRILLON (*Arch. de tocol. et de gyn.*, *mai* 1891).

Au Congrès de chirurgie 1888, 16 hystérectomies n'ont fourni à l'auteur que 11 guérisons soit une mortalité de 30 0/0, il ne s'agissait dans ces cas que de l'ablation sus-vaginale de l'utérus pour fibro-myomes avec ouverture de la cavité utérine. Voici le résultat des opérations que l'auteur a pratiquées depuis cette époque. Il a pratiqué 26 fois l'hystérectomie sus-vaginale avec pédicule externe, avec 23 guérisons. Les trois décès ont été occasionnés : 1° par septicémie tardive causée par l'altération des liquides dans la cavité résultant de l'enfoncement du pédicule; 2° par septicémie consécutive à une hémorragie; 3° par péritonite consécutive à une hémorragie.

Il a pratiqué 28 fois l'hystérectomie sus-vaginale avec pédicule rentré dans l'abdomen, serré par une ligature perdue en caoutchouc avec 25 guérisons et 3 décès. Les trois décès ont été occasionnés : 1° par péritonite consécutive à l'issue à trois reprises différentes de l'intestin pendant l'opération; 2° par hémorragie et épuisement; 3° par péritonite.

Il a pratiqué deux fois l'hystérectomie pour des fibromes nombreux et ayant contracté des adhérences étendues avec les organes voisins sans qu'il fut possible de former un pédicule. Une des deux opérées guérit, la seconde succomba.

Deux fois, il enleva en même temps l'utérus et des kystes de l'ovaire (Hystéro-ovariotomies) avec formation du pédicule à l'extérieur, deux guérisons. PORAK.

Tumors of the clitoris, par G. PECKHAM (*Amer. Journ. of obst.*, *octobre* 1891).

Les affections dont peut être atteint le clitoris sont les malformations congénitales, l'hypertrophie simple et l'éléphantiasis, les tumeurs cancéreuses et bénignes. Laissant de côté les malformations et l'hermaphrodisme, Peckham ne s'occupe que des tumeurs.

Le cancer du clitoris est très rare en tant qu'affection primitive ; il n'est d'ordinaire qu'une extension d'un cancer de la vulve.

Ce sont surtout les tumeurs bénignes qui font l'objet de ce travail. Leur rareté est grande, et les 21 observations réunies et rapportées par l'auteur s'étendent à plus d'un siècle. Il relate une observation personnelle, dans laquelle il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans, dont le clitoris était transformé en une tumeur fluctuante, douloureuse. Une incision laissa écouler deux onces environ d'un liquide épais et brun, analogue à celui qu'on trouve dans certains kystes ovariques, ou dans l'utérus et le vagin à la suite d'atrésie de la vulve. La tumeur se réduisit après cette opération et finit par disparaître au bout d'un an.

Deux faits analogues de collections kystiques ont été signalés par Symes en 1838 et par Meigs en 1844.

D'autres tumeurs sont constituées par du tissu fibreux ou fibro-cellulaire, et par une hypertrophie syphilitique. Elles sont irrégulières, bosselées, parfois très volumineuses. Lorsqu'elles sont d'origine syphilitique, elles revêtent souvent un aspect végétant, sont pédiculées, et sécrètent un liquide ichoreux.

Le peu de gêne et de douleur que déterminent ces tumeurs contraste singulièrement avec leur volume et avec la sensibilité du clitoris. Leur ablation par la ligature, la cautérisation, l'excision, est presque toujours suivie de succès. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité la région reprend son apparence normale après l'opération. CH. MAYGRIER.

Ueber die Endergebnisse der vaginalen Total-exstirpation wegen Carcinom, par LEISSE (*Arch. für Gyn.*, *XL*, 2).

Leisse a pu connaître le sort de 80 femmes ayant subi l'ablation totale pour cancer depuis plus de 2 ans. Les résultats sont consignés dans des tableaux qui peuvent se résumer ainsi :

Abstraction faite de 8 femmes qui ont succombé à d'autres affections, il y a eu 62.5 0/0 de survie.

La durée de cette survie se répartit de la façon suivante :

Au delà	de 2 ans, 45	femmes sur	80 =	56.25 0/0	de survie.
—	de 3 ans, 34	—	58 =	58.60 0/0	—
—	de 4 ans, 25	—	42 =	59.50 0/0	—
—	de 5 ans, 18	—	30 =	60 0/0	—
—	de 6 ans, 6	—	9 =	66.60 0/0	—
—	de 7 ans, 2	—	2 =	100. 0/0	—

CH. MAYGRIER.

Ventral hernia : a plea for extraperitoneal operation, with case, par EDEBOHLS (*Amer. journ. of obst.*, *mai* 1891).

Relativement à la fréquence des hernies abdominales après la laparotomie, Edebohls a noté cet accident quatre fois sur 54 femmes qu'il a opérées. Cette hernie peut exposer les femmes à de graves dangers, tels que l'étranglement ou la rupture. Pour la prévenir, les opérées devront porter une ceinture pendant six mois au moins après leur opération.

Le traitement de l'éventration peut être prothétique ou palliatif ou opératoire.

L'opération est indiquée quand il y a des signes d'étranglement, quand les parois de la poche herniaire s'ulcèrent ou s'amincissent et menacent de se rompre.

La meilleure opération est celle qui consiste à intervenir sans ouvrir le péritoine. Edebohls a opéré ainsi et guéri une malade à laquelle il avait antérieurement enlevé les annexes.

Le procédé consiste à faire une incision elliptique à la paroi abdominale de manière à circonscrire toute l'étendue de la cicatrice, à décoller le péritoine sous-jacent sans l'ouvrir, et à le renverser en dedans, puis à rapprocher les deux bords internes des muscles droits écartés, et à les réunir ainsi que les bords de la plaie cutanée à l'aide de sutures profondes et superficielles.

Les avantages de cette méthode extra-péritonéale sont les suivants : on évite à la femme les dangers inhérents à l'ouverture de la cavité péritonéale; le péritoine refoulé en arrière de la ligne médiane contribue à renforcer la cicatrice.

Enfin, l'auteur conseille de drainer l'espace compris entre les muscles droits et le péritoine. CH. MAYGRIER.

Ueber Ichthyol und Lysol in der Gynækologie und Geburtshülfe, par PEE (*Deutsche med. Woch., n°* 44, *p.* 1219, 1891).

L'auteur a utilisé l'ichthyol, en solution dans la glycérine ou dans l'eau à 10 ou 25 0/0, comme topique vaginal; il s'en est même servi pour les injections intra-utérines. Il a prescrit, en outre, des pilules de 10 à 25 centigrammes d'ichthyol ou de sulfo-ichthyolate de soude, et des suppositoires contenant 25 centigrammes.

L'ichthyol calme les douleurs mais il exaspère les sécrétions et n'exerce aucune influence favorable sur la périmétrite, l'endométrite, les ulcérations du col, l'ovaro-salpingite. Il ne guérit pas la blennorragie. Ce médicament n'est donc à recommander en gynécologie que comme analgésique.

Au contraire, le lysol est un médicament précieux. Il constitue un antiseptique aussi puissant que l'acide phénique et a l'avantage d'être moins cher. L'auteur en fait constamment usage dans les accouchements. Il l'a employé avec succès dans 23 cas d'avortement compliqué d'accidents septiques. Il conseille la solution aqueuse à 1 0/0. Ce médicament n'est pas dangereux : on peut le confier aux sages-femmes et aux profanes. L'auteur le considère comme l'antiseptique de l'avenir. L. GALLIARD.

'terus didelphys, Hæmatocolpos unilateralis, Hæmatometra, Hæmatosalpinx dext., par G. HALTER (*Wiener medizinische Presse*, 10 *janvier* 1892).

Malade, âgée de 24 ans, mariée depuis six mois, n'ayant pas conçu, réglée régulièrement, mais avec grandes douleurs. L'appareil atrésié était atteint d'hématocèle vaginale (haematocolpos), de métrite hémorragique et d'hématosalpinx; les parties génitales externes normales. Après que la malade eut subi le traitement chirurgical que comportait son état, on constata que les deux vagins étaient séparés par une épaisse cloison musculaire; que tous deux pouvaient servir à la copulation. Le toucher révèle l'utérus gauche situé plus profondément que le droit; les deux corps utérins, nettement séparés et éloignés l'un de l'autre; les cols assez intimement liés sur

une certaine étendue, mais nettement séparés dans leur segment vaginal. Lorsque la malade quitta l'hôpital, elle avait ses règles par ses deux vagins simultanément et sans douleurs. CART.

La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes, par P. BUDIN et E. CROUZAT (*In*-12, *Paris*, 1891).

Ce manuel, rédigé pour l'instruction des sages-femmes, me paraît mériter des visées plus hautes. L'étudiant et le médecin trouveront résumées, avec une précision et une clarté peu communes, toutes les notions de la pratique obstétricale, à part quelques questions tout à fait spéciales. Anatomie, physiologie, grossesse, accouchement, complication, suites de couches, etc., sont étudiées successivement dans de courts chapitres avec subdivisions facilitant bien la lecture. L'asepsie et l'antisepsie ont donné en obstétrique des résultats remarquables ; il était important de préciser les moyens de les réaliser dans la pratique. Un des auteurs a été un des promoteurs des modifications législatives permettant aux sages-femmes de prescrire certains antiseptiques ; leur livre est pour ainsi dire le développement de cette idée première et l'application pratique de ces notions d'antisepsie. A. C.

Temperaturmessungen bei Gebärender (Recherches sur la température des accouchées), par GLÖCKNER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXI*, 2).

Le travail de Glöckner est divisé en deux parties. Dans la première, ses recherches ont porté sur 1,000 accouchements normaux : en voici les conclusions. Après l'accouchement, la température subit une élévation plus fréquente et plus marquée chez les primipares que chez les secondipares ; chez les multipares, elle est aussi fréquemment abaissée qu'élevée. Même quand la température s'élève, le pouls reste ordinairement normal ; il se ralentit, si la température baisse.

Pendant le travail, la température s'élève surtout chez les primipares. Le maximum de cette ascension a lieu à la fin de la période de dilatation ; puis la chaleur diminue pour atteindre son minimum avant la sortie du délivre ; elle remonte ensuite et s'élève au-dessus de ce qu'elle était pendant le travail.

Quand le travail marche lentement, et que les contractions sont peu énergiques, la température a plutôt une tendance à s'abaisser un peu. Elle s'élève au contraire quand les contractions sont vigoureuses et ont à lutter contre un obstacle, comme dans le cas d'un accouchement normal dans un bassin vicié.

Dans la deuxième partie de son mémoire, l'auteur a réuni 211 accouchements, dans lesquels la température a été au moins de 38°. Dans 6 cas même, elle a dépassé 40°. Toutes les causes qui retardent la marche du travail prédisposent à la fièvre pendant l'accouchement, et c'est pour cette raison que la température est plus élevée chez les primipares. Plus la température monte pendant le travail, plus on doit craindre des suites de couches fébriles : elles ont été observées dans un tiers des cas, surtout chez les primipares. Le pronostic devient très défavorable quand, pendant le travail, il y a des ascensions répétées du pouls et de la température. CH. MAYGRIER.

Untersuchungen über die Beschaffenheit des Blutes von Schwangeren... (Recherches sur la composition du sang chez les femmes enceintes et accouchées ainsi que sur celle du liquide amniotique, et les rapports de celui-ci avec le sang maternel), par R. SCHRŒDER (*Thèse inaug. Bâle*, 1890, *et Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 11, 1891).

Schrœder s'est servi, pour ses recherches entreprises sur 42 femmes, de l'hématomètre de Fleischl et de l'hémoglobinomètre de Gowers. Pour la numération des globules, il a eu recours au mélangeur de Thoma et de Zeiss, adjoint à la chambre numératrice de Gowers.

La grossesse n'est nullement un état particulier de chloro-anémie. Durant son cours, la teneur du sang en hémoglobine et le nombre des globules rouges subissent une augmentation. Le travail d'accouchement diminue la quantité d'hémoglobine et le chiffre des hématies. Mais bientôt après, survient une nouvelle période d'augmentation de l'une et des autres, augmentation qui s'arrête vraisemblablement quand l'involution de la totalité de l'organisme est achevée. (*R. S. M.*, XI, 626; XVI, 571; XX, 198; XXV, 24, et XXXVII, 178).

Pour la composition du liquide amniotique et ses rapports d'origine avec le sang maternel, les résultats de Schrœder confirment les faits avancés par Fehling. La teneur moyenne du liquide de l'amnios en albumine ne dépasse pas en poids 0.186 0/0; partant, ce liquide avalé par le fœtus ne peut, contrairement à l'opinion d'Ahlfeld et de Peyer, que jouer un rôle secondaire dans sa nutrition.

Entre la richesse en albumine du liquide amniotique et la richesse en hémoglobine du sang de la mère, il existe un rapport approximativement proportionnel, d'où l'on peut conclure que le liquide de l'amnios est un transsudat séreux des vaisseaux maternels, qui, dans sa composition, subit des modifications parallèles à celles du sang maternel. (*R. S. M.*, XIV, 53 ; XVI, 567 ; XX, 643 ; XXII, 599 et 600 ; XXIV, 435 ; XXVI, 171 ; XXIX, 14 et 47, et XXXVI, 49). J. B.

Weitere Beiträge zur klinischen Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft (Néphrite et grossesse), par FEHLING (*Arch. für Gyn.*, *XXXIX*, 3).

Fehling insiste sur l'importance des rapports de la néphrite avec la grossesse. La mort du fœtus est habituelle ; elle est causée par la présence de nombreux infarctus placentaires; ces lésions existent chez 54.8 0/0 des femmes atteintes de néphrite, et dépendent elles-mêmes d'une altération de la caduque et de ses vaisseaux.

Il faut distinguer la néphrite qui récidive à chaque grossesse, la femme se portant bien dans l'intervalle des gestations, de la néphrite chronique qui subit des poussées aiguës pendant la grossesse. Ces deux formes sont graves pour le fœtus, mais le pronostic de la première est beaucoup moins sérieux pour la mère que celui de la seconde. L'éclampsie est rare dans les deux cas.

Le traitement doit consister dans le repos au lit, les bains chauds, les eaux salines, et l'accouchement provoqué si les symptômes s'aggravent.

CH. MAYGRIER.

Recherches expérimentales sur un cas de néphrite infectieuse puerpérale, par CHARPENTIER (*Bull. acad. méd.*, 12 *janvier* 1892).

Pour élucider la question de savoir si la néphrite dont il a publié l'observation (*R. S. M.*, XXXIX, 180) était due à la septicémie puerpérale ou s'il s'agissait d'une néphrite infectieuse de toute autre origine, C... a eu recours aux injections expérimentales d'urine, comme l'a préconisé Semmola.

Après s'être assuré qu'il n'y avait aucun microbe ni dans le sang ni dans l'urine de sa malade, il a fait à des lapins des injections de ce dernier liquide, ce qui a eu pour conséquence de déterminer très rapidement leur mort. Comme l'urine était en petite quantité, on devait en conclure que sa toxicité était énorme. Quant à expliquer cette toxicité exagérée et les accidents qui sont survenus (convulsions urémiques, arrêt de la respiration et du cœur, etc.), plusieurs hypothèses peuvent être discutées.

En tout cas, pour ce qui concerne sa malade, Charpentier estime que les accidents morbides ont été produits par une infection due à la rétention des produits d'excrétion, et non par la septicémie puerpérale, soit qu'il existât une néphrite antérieure, soit que cette dernière ait été engendrée par les produits d'excrétion devenus plus abondants. OZENNE.

Tetany in pregnancy, par DAKIN (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXIII*, 2).

Dakin rapporte un cas détaillé de tétanie pendant la grossesse. La maladie a duré trois jours, pendant lesquels les spasmes n'ont pas cessé; ils étaient accompagnés de vomissements incessants. La contracture finit par gagner les muscles respiratoires, et la femme succomba.

Cette affection complique très rarement la grossesse, puisque l'auteur n'a pu en trouver que 7 cas dans la littérature. Elle est habituellement plus effrayante que dangereuse, et exige rarement un traitement spécial. Cependant lorsqu'elle est secondaire ou quand elle complique une autre maladie, des vomissements incoercibles par exemple, comme dans le cas qui précède, elle peut se terminer d'une façon fatale. Le diagnostic différentiel doit être établi avec l'hystérie, le tétanos, la méningite spinale, l'urémie, l'épilepsie. Quant au traitement, dans les cas graves, il devra être rapidement appliqué. Les bromures, le chloral, le chloroforme en applications locales, seront employés contre les spasmes. Dans les cas de vomissements graves, d'albuminurie avec accidents sérieux, on serait en droit de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

CH. MAYGRIER.

De la chorée gravidique, par RICHE (*Thèse de Paris*, 1891).

Quoique très rare, l'influence étiologique de la grossesse sur les productions de la chorée ne paraît pas contestable. On la voit, en effet, survenir dans le cours de la gestation chez des personnes autrefois indemnes, se reproduire seulement à des grossesses consécutives chez les mêmes personnes et guérir après l'accouchement : on a fort exagéré le pronostic de la chorée gravidique. Il semble que l'administration du chloral à haute dose en constitue un traitement très efficace. PORAK.

Note à propos d'un cas d'amnésie post-éclamptique, par BIDON (*Revue de médecine, novembre* 1891).

Sous ce titre, Bidon rapporte l'observation d'une femme de 27 ans qui, à la suite d'une attaque éclamptique survenue au cours d'une grossesse à terme, présenta une perte de la mémoire des faits écoulés depuis une année environ. Il est intéressant de remarquer que, dans ce cas, l'amnésie a seulement aboli les images les plus récentes selon la loi de régression établie par Ribot, laissant intactes toutes celles emmagasinées depuis longtemps.

C. GIRAUDEAU.

I. — Beitrag zu den puerperalen Psychosen speciell den nach Eclampsie auftreden (Des psychoses puerpérales, spécialement après l'éclampsie), par R. OLSHAUSEN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXI*, 2).

II. — Ueber Eclampsie, par OLSHAUSEN (*Wiener med. Presse, n°* 2, 1892).

I. — Les psychoses ne sont pas rares après l'éclampsie; on les observe six fois sur cent. Elles apparaissent du 2ᵉ au 4ᵉ jour et sont caractérisées par la constance des hallucinations, l'absence de fièvre, une courte durée et une issue favorable. Elles se prolongent rarement plus d'un mois. Il s'agit sans doute là de troubles dus à une intoxication liée à l'urémie, et analogues à ceux qu'on observe dans les néphrites chroniques.

Les psychoses puerpérales peuvent se ramener aux trois groupes suivants : 1° Celles qui dépendent d'une affection puerpérale fébrile : psychoses infectieuses; 2° celles qui sont idiopathiques, exemptes de fièvre et de lésions matérielles : elles s'observent au cours de la grossesse ou de la lactation, ou pendant les suites de couches après des hémorragies; 3° enfin celles qui relèvent d'une intoxication telle que l'éclampsie, ou exceptionnellement l'urémie sans éclampsie. CH. MAYGRIER.

II. — En 5 ans et demi, Olshausen a été appelé à traiter dans son service 200 cas d'éclampsie dont 50 se sont terminés par la mort. Olshausen n'est pas partisan du traitement par la narcose chloroformique car selon lui elle ne peut être utile dans l'éclampsie qu'à la condition d'être poursuivie sans interruption pendant plusieurs heures, ce qui n'est pas sans présenter de graves dangers. Si l'on ne donne pas le chloroforme d'une façon continue, mais seulement dès les premières manifestations d'un accès subintrant, cet accès ne peut alors être jugulé. La chloroformisation n'est dès lors indiquée que pour les accès éclamptiques revenant avec grande régularité, toutes les 10 ou 15 minutes par exemple. Dans ces cas, on peut alors chloroformer quelques minutes avant le début de l'accès. Au chloroforme, Olshausen préfère la morphine à hautes doses : 3 centigrammes, puis très peu après de nouveau 2 centigrammes, soit 5 à 6 centigrammes en 12 heures. Si l'état du pouls ne permet plus l'emploi de la morphine, il donne alors 3 grammes de chloral. Cette combinaison du chloral et de la morphine semble donner de bons résultats; de plus, dès que la chose sera possible, l'accoucheur n'hésitera pas à faire une application de forceps, car dans 70 0/0 des cas, la délivrance naturelle ou artificielle étant faite, les accès éclamptiques disparaissent. CART.

Du tétanos puerpéral, par Ch. VINAY (*Lyon méd.*, 20 *décembre* 1891).

A propos d'un cas de tétanos survenu à la suite d'un avortement suivi de

curetage, Vinay reprend l'étude de cette complication. Il a réuni 106 cas: 47 à la suite d'avortement, 59 à la suite d'accouchement. Sur 42 cas où l'époque du début est indiquée d'une façon précise, 35 sont survenus dans les quatre premiers mois. Les opérations obstétricales sont assez souvent la cause déterminante du tétanos; on l'a vu apparaître 20 fois après des délivrances artificielles, 17 fois après le tamponnement, 5 fois pour un forceps, 3 fois pour une version, 3 fois pour avortements provoqués, 1 fois pour perforation cranienne, 1 fois pour curetage et 1 fois pour opération césarienne.

L'étude des symptômes, du diagnostic, de l'étiologie ne présente rien de particulier. Le pronostic est fort grave : sur 106 cas, on compte 94 morts; avortements, 47 cas, 42 morts; accouchements, 59 cas, 52 morts. A. C.

Suppression de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine, par GUIBERT (*Arch. de tocol. et de gyn., juin* 1891).

Chez deux nourrices souffrant de névralgie, l'administration de l'antipyrine a été suivie de la suppression de la lactation. Ce fait se trouve confirmé par l'action du même médicament chez sept femmes qui ont allaité pendant quelques jours et chez douze femmes qui n'ont pas allaité leur enfant. Ce résultat a été habituellement obtenu avec 2 grammes d'antipyrine donnés par jour, deux jours consécutifs; il a été confirmé par d'autres expériences instituées par Grynfeldt et par Mme Rolland.

PORAK.

Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement, par MARQUÉZY (*Thèse de Paris*, 1891).

Marquézy s'est proposé de bien mettre en relief non seulement la difficulté de diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement, mais encore la nécessité de poser ce diagnostic. A cet effet, il considère les trois alternatives suivantes :

Le toucher vaginal révèle une tumeur située dans l'excavation. De quelle nature est-elle?

Le toucher ne revèle rien dans l'excavation, mais quelque chose est appréciable au détroit supérieur.

Enfin, le toucher reste négatif et cependant le travail n'avance pas, comme dans les cas précédents.

De la discussion et de la critique de ces différents points, appuyées par des observations, l'auteur conclut ainsi :

Les fibromes qui siègent sur la paroi postérieure de l'utérus et qui présentent une réelle difficulté de diagnostic sont une cause de dystocie. Ils peuvent être intra-pelviens, intra- et extra-pelviens, extra-pelviens.

Ils se révèlent par des signes de présomption, de probabilité et de certitude. Les premiers sont : les présentations vicieuses, les mutations fréquentes de présentation, la situation élevée de la présentation, le retard dans l'engagement pendant le travail, la protusion des parties fœtales au-dessus et en avant du pubis, la flexion exagérée du sommet avant l'engagement.

Comme signes de probabilité, on constate avec les symptômes précédents l'existence de petits fibromes disséminés sur la paroi antérieure

de l'utérus et de troubles ménorragiques antérieurs avec absence de viciation pelvienne et de grossesse gémellaire.

Enfin les signes de certitude sont la connaissance du fibrome avant la grossesse et, au moment du travail, les données fournies par le toucher intra-utérin. En cas de doute sur la nature solide ou liquide d'un néoplasme dûment constaté, le diagnostic peut être assuré par une ponction.

OZENNE.

Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux, par MONNIER (*Thèse de Paris*, 1891).

D'après Monnier, les abcès du sein, pour lesquels on a invoqué de nombreuses causes, sont dus à la présence de micro-organismes. La plupart des mammites sont des abcès à staphylocoques qui tantôt sont isolés, tantôt sont associés à d'autres germes, tel que le micrococcus tetragenus, le streptocoque, le micrococcus subflavus.

Des recherches de l'auteur, il résulte que la cavité buccale du nouveau-né contient un nombre relativement grand de micro-organismes, dont beaucoup sont pyogènes, ainsi que le prouvent des expériences positives sur les animaux; il est donc nécessaire de faire l'antisepsie de la bouche du nouveau-né, si l'on veut prévenir les mammites d'origine salivaire. C'est ce que l'on obtient facilement en nettoyant la cavité bucccale, avant et après chaque tetée, avec un tampon d'ouate hydrophile plongé dans de l'eau boriquée bouillie, et en lavant le sein avec pareille solution.

OZENNE.

Eine seltene Todesursache bei einer Kreissenden (Cause de mort rare chez une femme en travail), par HOLOWSKO (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXI*, 2).

Femme enceinte de 8 mois; à la suite d'un effort violent, douleur brusque dans le ventre, qui va en augmentant. La température s'élève à 40°; le pouls, petit et à 120. L'utérus est contracturé : ce tétanisme disparaît sous l'influence d'une piqûre de morphine et d'un bain chaud. L'accouchement a lieu et l'état général s'aggrave : météorisme, pouls à 140. Pas d'hémorragie avant ni après la délivrance. Mort une heure après l'accouchement.

L'autopsie démontra l'existence d'adhérences rompues entre le côlon ascendant et le transverse et d'une énorme hémorragie intra-abdominale. Aucune trace de septicémie.

L'auteur admet que dans ce cas la fièvre a été une fièvre de résorption, et que le tétanisme utérin et le tympanisme ont été le résultat de l'anémie aiguë. Il met en garde contre la possibilité d'un pareil accident, rupture d'adhérences et hémorragie mortelle, chez les femmes qui deviendraient enceintes après avoir subi l'opération de la ventro-fixation de l'utérus.

CH. MAYGRIER.

Untersuchungen über den weissen Infarct der Placenta (Recherches sur les infarctus blancs du placenta), par JACOBSON (*Zeistchr. f. Geb. und Gyn.*, *XX*, 2).

Les noyaux placentaires désignés sous le nom d'infarctus blancs, qu'on peut rencontrer dans le placenta de femmes syphilitiques ou atteintes de néphrite, s'observent dans le cas de parfaite santé de la mère. Ces infarctus peuvent n'exercer aucune influence sur l'accroissement du fœtus ou au contraire entraîner sa mort.

Jacobson a eu occasion d'examiner 20 placentas de femmes saines renfermant 42 infarctus. Contrairement aux autres observateurs, il a remarqué que les lésions prédominaient sur la face utérine du placenta.

Après une longue revue historique de la question et de l'histologie du placenta, l'auteur résume ses propres recherches :

La caduque subit d'abord une dégénérescence hyaline que démontre la coloration avec l'éosine ou la safranine. Cette dégénérescence s'étend à l'endothélium des vaisseaux qui, d'après Waldeyer, sont en contact immédiat avec les cellules de la caduque. Elle gagne ainsi les espaces intervilleux et y amène la coagulation du sang. C'est de là que provient la fibrine de l'infarctus. Finalement, cette coagulation amène la mort des villosités, mais la nécrose de celles-ci peut encore provenir de la prolifération de la caduque. CH. MAYGRIER.

Klinisches und Bacteriologisches ueber eine Puerperalfieber-Epidemie, par DÖDERLEIN (*Arch. für Gyn., XL*, 1).

Döderlein relate une épidémie puerpérale qui est survenue brusquement à la clinique de Leipzig, alors que l'état sanitaire y était excellent. Trois femmes accouchées tombèrent malades l'une après l'autre; l'une d'entre elles succomba. La cause de l'infection provint d'une conjonctivite purulente dont était atteinte la première de ces malades. Un lapin injecté avec le pus de l'œil malade succomba à une péritonite infectieuse. On trouva dans son péritoine, comme dans la conjonctive de la femme, le staphylococcus pyogenes aureus et le streptococcus pyogenes. Les deux femmes qui survécurent eurent des accidents graves et identiques de lymphangite utérine. A l'autopsie de celle qui mourut, on constata une péritonite purulente, partie de l'utérus. On retrouva dans le pus les mêmes microbes que précédemment. Döderlein attribue le salut des deux femmes à l'usage d'injections intra-utérines de créoline à 2 0/0. CH. MAYGRIER.

Ueber Verschlingung der Nabelsehnüre bei Zwillingen (Entortillement des cordons chez les jumeaux), par HERRMANN (*Arch. für gyn., XL*, 2).

Les cas d'entortillement des cordons sont rares chez les jumeaux ; ce n'est en effet qu'une fois sur 5 ou 6,000 accouchements que les jumeaux sont situés dans une cavité amniotique unique.

Herrmann a réuni 15 cas pris dans la littérature et il y ajoute un fait personnel observé chez des fœtus de 4 mois.

D'après Müller, cet enchevêtrement des cordons survient à une époque de la grossesse où le fœtus n'a pas encore de mouvements actifs; il reconnaît donc pour cause des mouvements violents de la mère. Le pronostic est très défavorable pour l'enfant. Sur les 15 cas réunis la grossesse fut interrompue 11 fois, et un seul enfant naquit vivant. Dans les 4 autres observations, 5 enfants survécurent, 3 étaient mort-nés.

CH. MAYGRIER.

Sulla contrazione e sull' inerzia dell' utero, par L. ACCONCI (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, p. 497, *juillet* 1891).

L'expérimentation sur les animaux prouve que les contractions utérines sont réglées par des centres nerveux occupant l'axe cérébro-spinal et que, quand l'utérus est soustrait à l'influence de ces centres, les contractions sont irrégulières et désordonnées. Chez la femme l'utérus à

l'état de vacuité peut se contracter, mais d'une façon irrégulière. Au moment de l'accouchement, au contraire, les contractions sont toujours représentées par un tracé dont la ligne d'ascension est beaucoup plus longue que la ligne de descente; la hauteur et la largeur de la contraction sont, au contraire, très variables et les périodes de repos ont une longueur variable.

L'inertie utérine se rencontre dans 6 à 8 0/0 des accouchements. Les conditions qui ont une importance spéciale au point de vue de son étiologie sont : l'âge, le nombre de grossesses, la taille, les conditions générales et l'état de santé, la date de la première menstruation, la durée de la grossesse, la conformation du bassin, la grossesse gémellaire, l'hydramnios, la présentation et la position du fœtus. L'inertie peut se manifester uniquement à une période du travail ou persister pendant toute sa durée. Elle peut être caractérisée par des contractions faibles et rares ou par des contractions inefficaces, et accompagnée d'un état simplement irritatif ou d'un état irritatif et spasmodique de l'utérus. Elle nécessite une thérapeutique différente suivant les périodes du travail et suivant la forme qu'elle revêt. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Chorionretention, Ursache und Behandlung derselben (Cause et traitement de la rétention des membranes), par Ed. HUBER (*Thèse Bâle*, 1890, *et Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, *n°* 11, *p.* 347, 1er *juin* 1891).

Le placenta marginal joue un rôle essentiel dans la fréquence de la rétention des membranes; c'est une complication qu'il entraîne dans plus de la moitié des cas.

On sait qu'Ahlfeld a accusé la méthode de Credé de favoriser la rétention de débris de membranes.

Tant que la clinique de Bâle a été dirigée par Bischoff, c'est-à-dire de 1869 à 1887, on pratiquait toujours l'extraction manuelle des restes de membranes.

Jusqu'en 1883, le traitement consécutif de ces interventions consistait à faire 2 ou 3 lavages vaginaux quotidiens avec une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0 ; à partir de 1883, on y substitua la cautérisation de la face interne de l'utérus avec l'acide phénique concentré et des lavages utérins. Il est étonnant qu'on n'ait jamais observé d'intoxication phéniquée. Mais ces deux périodes furent signalées par la fréquence des suites de couches graves (15.2 et 18 0/0) ; la mortalité fut tour à tour de 2 et de 5 0/0.

Or, avec les progrès de l'antisepsie obstétricale, il s'est produit un renversement de l'état de choses en ce qui concerne l'expectative et l'intervention.

De 1887 à 1890, la clinique étant dirigée par Fehling, on a compté 84 cas de rétention des membranes ; 27 fois on les enleva. Aucune des 84 femmes n'a succombé. De celles chez qui on est intervenu, aucune n'a eu des suites sérieuses, tandis que cela a été le cas pour 7 0/0 des femmes traitées par l'expectation.

Se basant sur ces statistiques, Huber conclut :

1° Le traitement antiseptique de l'utérus est possible comme celui des plaies extérieures.

2° En cas de rétention des membranes, on doit intervenir en obser-

vant toutes les précautions antiseptiques : rasage des poils ou savonnage et brossage des parties et lavage avec sublimé au millième ; lavage du vagin et du col avec acide phénique à 2 0/0; puis introduction de la main, nettoyée avec du savon, de l'essence de térébenthine, une brosse et du sublimé, et extraction de tous les débris, avec irrigation consécutive de la cavité utérine avec une solution, chauffée à 40°, d'acide phénique à 2 0/0.

3° La rétention de débris membraneux est dangereuse.

4° Les dimensions des débris de membranes restés dans l'utérus n'ont aucune influence sur la gravité des accidents consécutifs. (*R.S.M.*, VI, 543; XVIII, 582 et 586; XXII, 261; XXIV, 523 et 527; XXV, 246; XXVII, 220; XXIX, 593 et 594; XXX, 203 et 571; XXXIII, 147; XXXIV, 594, et XXXV, 198.) J. B.

Ueber Geburten bei nahezu verschlossenen und resistenten Hymen (**De l'accouchement dans le cas d'atrésie et de résistance de l'hymen**), par **AHLFELD** (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXI*, 1).

Il s'agit de deux cas dans lesquels l'hymen presque imperforé mit obstacle à l'accouchement. On dut l'inciser, et l'hémorragie qui en résulta fut arrêtée dans un cas à l'aide d'injections froides et de pinces à forcipressure, dans l'autre par une compression faite avec de la gaze iodoformée.

Lorsque cette anomalie s'observe au cours du travail, il est de règle d'attendre que la poche des eaux arrive jusqu'à l'orifice vaginal ; on la rompt alors, et quand la tête vient appuyer sur l'hymen qui résiste, on fait sur celui-ci une incision cruciale. Pendant l'accouchement, l'examen peut se faire par le toucher rectal. Si le travail présentait quelque anomalie, on serait en droit de pratiquer de bonne heure la dilatation de l'orifice vaginal pour pouvoir intervenir. CH. MAYGRIER.

I. — **Beitraege zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft**, par **SCHAUTA** (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, 1891).

II. — **Extra-uterinschwangerschaft mit Berstung, Heilung** (**Grossesse extra-utérine ; rupture ; guérison**, par **STERNBERG** (*Wiener med. Presse*, 3 *janvier* 1892).

III. — **Indications for operation in ectopic pregnancy**, par **Ch. A. L. REED** (*Amer. Journ. of obst.*, *février* 1892).

IV. — **The vaginal operation in extra-uterine pregnancy**, par **C. FENGER** (*Ibidem*, *avril* 1891).

I. — Dans les derniers 15 ans il a été publié 626 cas de grossesses extra-utérines ; 257 d'entre elles, soit 41 0/0, se sont terminées fatalement. Les 241 cas non opérés ont fourni à eux seuls 166 décès, soit une mortalité de 68 0/0, tandis que des 385 femmes opérées 91 seulement (20 0/0) ont succombé.

Schauta rejette le traitement par l'électricité et les injections de morphine. Qu'il s'agisse des premiers mois ou de la seconde moitié de la grossesse, il préconise l'extirpation de la totalité du kyste fœtal et n'est pas partisan de le fixer dans la plaie abdominale. Il recommande la laparotomie alors même qu'on a diagnostiqué une hémorragie interne et

n'admet l'expectative dans les premiers mois que si l'hématocèle est indubitable. J. B.

II. — Sternberg rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, auprès de laquelle il avait été appelé et qu'il avait trouvée le teint pâle, les lèvres décolorées, le pouls misérable, plongée dans le callapsus, vomissant, présentant les symptômes d'une péritonite par perforation. Sachant que la malade était enceinte de 6 semaines, il porta après un examen minutieux le diagnostic : rupture d'une grossesse tubaire. L'état de la malade était tel que le choc opératoire l'eût tuée. Le traitement institué fut : repos absolu, glace sur le ventre, laudanum et ergot de seigle. Au bout de trois jours, il s'échappa par le vagin du sang qu'un examen minutieux révéla venir du canal utérin par minces filets poussés sans doute par les contractions de la musculature de la trompe. La malade sort du collapsus; la péritonite reste circonscrite, soit qu'elle eût été préalablement enkystée par de fausses membranes, soit que la déchirure se fût faite au bord inférieur de la trompe, en quelque sorte dans le parenchyme du ligament large dont les deux feuillets se seraient écartés. Quatre semaines après l'accident, la malade put quitter le lit. CART.

III. — Le seul traitement convenable de la grossesse extra-utérine est la laparotomie. L'opération doit être pratiquée avant la rupture du sac, sitôt que le diagnostic peut être suffisamment établi. L'intervention est indiquée dans tous les cas où apparaissent des signes d'hémorragie interne, sans attendre les phénomènes de choc. Dans le cas où la grossesse aura atteint six mois sans rupture, on pourra attendre le terme sans opérer, mais en se tenant prêt à le faire en cas d'accidents. Lorsque les annexes du côté opposé à celui où siège le kyste fœtal sont évidemment malades, on devra en faire également l'ablation, si l'état général de la femme le permet.

IV. — Après avoir rapporté l'histoire d'une femme qu'il a opérée avec succès d'une grossesse extra-utérine par la voie vaginale, Fenger discute la valeur de l'élytrotomie près du terme et arrive aux conclusions suivantes :

Dans les cas où le kyste fœtal est resté aseptique, la vaginotomie expose la femme aux dangers d'une infection du sac. La laparotomie permet de la protéger bien mieux contre la septicémie.

L'hémorragie placentaire ne peut être arrêtée dans l'élytrotomie. Quand on opère par la voie abdominale, au contraire, on peut pratiquer la ligature des artères utéro-ovariennes ou utérines, et arrêter ainsi l'écoulement du sang. On peut encore faire la ligature en masse des endroits saignants.

L'extraction d'un enfant à terme par l'élytrotomie est difficile et dangereuse pour la mère; elle est aisée par la laparotomie. Donc, en ce qui concerne l'enfant, l'opération vaginale doit céder le pas à la section abdominale.

Quand le kyste est envahi par la suppuration et siège dans le petit bassin, quand la circulation a cessé dans le placenta, l'élytrotomie peut être préférée à l'ouverture du ventre.

L'élytrotomie est formellement indiquée dans les cas de sac fœtal ancien suppuré, avec fœtus dégénéré et faisant saillie du côté du vagin.

L'élytrotomie est condamnée par la plupart des auteurs modernes, Werth, Olshausen, L. Tait, Thornton. Elle a été rejetée par Olshausen, aussi bien que le drainage vaginal après la laparotomie. Landau reste

seul partisan de cette opération ; il dit l'avoir pratiquée 30 fois et n'avoir perdu qu'une femme. CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

Schlaf im Kindesaltes (Le sommeil chez l'enfant), par **CZERNY** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXXIII*, *p.* 1-46).

Pour mesurer la profondeur du sommeil, Czerny a employé des excitations électriques d'intensité déterminée. Cette profondeur atteint son maximum dans la première heure, diminue très vite dans la seconde. Elle atteint très lentement son minimum qui s'observe vers la cinquième ou la sixième heure. Elle augmente sensiblement vers la neuvième ou dixième heure, c'est-à-dire vers l'aube.

L'augmentation et la diminution de la perspiration cutanée ont une marche exactement parallèle à celle de la profondeur du sommeil. Cette augmentation de la perspiration cutanée et la perte de chaleur qui en résulte constitueraient pour Czerny la cause même qui limite la profondeur du sommeil et empêche le sommeil physiologique de se transformer en un état narcotique où toute excitation deviendrait insensible. A.-F. P.

XXVII medicinischer Bericht... (27e compte rendu médical annuel de l'hôpital d'enfants Jenner à Berne), par **R. DEMME** (*Berne*, 1891).

Effets et doses des principaux antipyrétiques modernes chez les enfants. — D'une façon générale, Demme est d'avis de ne recourir chez les enfants aux antipyrétiques qu'autant que leur température dépasse 40° centigrades. Les maladies où ils sont le mieux tolérés sont la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu et la bronchopneumonie; en revanche, Demme conseille de s'en passer, autant que possible, dans la diphtérie, les fièvres éruptives et la pneumonie franche.

Dans le rhumatisme articulaire, c'est au salicylate de soude qu'il faut donner la préférence; on ne le remplacera par le salol que si l'enfant a le goût très susceptible ou des tendances à vomir.

Dans la fièvre typhoïde, Demme n'a eu qu'à se louer de la thalline qu'il administre sous forme de sulfate, de 2 en 2 heures, aux doses suivantes : un centigramme chez les enfants de 3 à 4 ans; deux centigrammes chez ceux de 5 à 10, et de trois à cinq centigrammes, de 11 à 15 ans.

Dans la bronchopneumonie avec fièvre intense et prolongée, Demme préconise l'antipyrine durant la période des poussées successives; plus tard, quand la fièvre a pris le caractère hectique, la quinine est plus efficace.

Dans la phtisie pulmonaire avec température très élevée, l'antipyrine a une action beaucoup plus sûre que tous les autres antipyrétiques. Demme en prescrit de 1 à 3 fois par jour : de cinq à sept et demi cen-

tigrammes, aux enfants de 2 à 4 ans; de dix à vingt centigrammes à ceux de 5 à 11 ans; de vingt à trente centigrammes, à ceux de 12 à 15 ans.

La phénacétine est un bon antipyrétique, dénué de toute action spécifique. Demme le fait prendre en une seule fois à la dose de dix à vingt centigrammes, chez les enfants de 2 à 4 ans; de vingt à cinquante, chez ceuxde 5 à 11, et de cinquante centigrammes, chez ceux de 12 à 15 ans. La phénacétine détermine parfois quelques phénomènes incommodes : des sueurs profuses, une éruption morbilliforme et de la cyanose des joues et des muqueuses.

Demme a fait aussi quelques expériences avec l'oxycarbonyle (carbonyl-orthoamidophénol), mais ce nouvel antipyrétique ne lui a paru présenter aucune supériorité. (*R. S. M.*, XXXVIII, 204.) J. B.

On visceral hemorrages in still-born children (Des hémorragies viscérales chez les enfants mort-nés), par H. SPENCER (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXIII*, 3).

Cet important travail est basé sur 130 autopsies de fœtus mort-nés. Chez les enfants mort-nés ou qui succombent peu après la naissance, on trouve habituellement de la congestion ou de l'œdème et des hémorragies dans divers organes importants.

Ces hémorragies s'observent aussi bien après un accouchement normal qu'après une application de forceps ou une version, dans les bassins normaux comme dans les bassins viciés, chez les enfants petits ou volumineux, à la suite d'un travail rapide ou prolongé. Elles sont cependant plus fréquentes et plus graves chez les enfants qui ont subi des pressions avec les mains ou les instruments pendant l'accouchement, particulièrement dans les cas d'extraction du siège.

On observe l'hémorragie cérébrale plus fréquemment chez les enfants extraits avec le forceps, que chez ceux qui naissent par le siège; plus rarement chez les enfants qui viennent naturellement par le sommet.

Les hémorragies de la plupart des autres viscères se rencontrent au contraire plus souvent dans les présentations du siège que dans celle du sommet. Les hémorragies et les lésions qui les accompagnent sont habituellement la cause de la mort du fœtus, et peuvent en tout cas avoir les conséquences les plus graves.

On les évitera le plus sûrement en veillant à ce que la poche des eaux ne se rompe pas prématurément, en dilatant le col si c'est nécessaire, en restreignant l'emploi de la version et d'autres manœuvres aux cas urgents, et en donnant la préférence à la version céphalique sur la podalique, quand elle sera praticable.

On ne devra recourir au forceps que si un danger menace la mère ou l'enfant et jamais pour abréger la durée du travail.

Dansles présentations du siège, on évitera soigneusement de rechercher le sexe de l'enfant pendant le travail. Aussitôt que le siège se dégagera on saisira l'enfant par les hanches avec un linge sec et antiseptique; si l'on doit faire des tractions, il faudra se garder d'appuyer les mains sur l'abdomen du fœtus. En extrayant la tête dernière on aura soin de ne pas tirailler ou déchirer les muscles sterno-mastoïdiens. Quand, la tête étant dernière dans l'excavation, on éprouvera des difficultés à la dégager, on aura recours au forceps. CH. MAYGRIER.

Ueber einen Fall von geheiltem Hirnabcess (Guérison d'un abcès cérébral), par **LEDDERHOSE** (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, *p.* 965, 1891).

Garçon de 7 ans, ayant eu, en 1888, une blessure de la région temporale gauche, suivie à partir du septième jour de convulsions de la langue, de la face du même côté, lesquelles se répétèrent pendant plusieurs jours. La plaie ne se cicatrisa qu'au bout de six mois. En 1889 et en avril 1890, convulsions portant soit sur le côté gauche de la face, soit sur le droit, soit sur l'un et l'autre; rien aux membres.

Le 16 mai 1890, on excise la cicatrice; les convulsions cessent pendant six semaines seulement, puis elles reparaissent. On songe donc à une cause d'irritation permanente du facial et de l'hypoglosse, ou à un abcès.

Le 24 juillet, en détachant un lambeau périostique, l'auteur constate une fissure du squelette remplie de tissu de cicatrice; ce tissu se prolonge dans la dure-mère et forme une masse qui pénètre dans l'écorce cérébrale. Cette masse étant excisée, on voit couler, après introduction d'une sonde, une cuillerée de pus. Drainage, pansement. Plus tard, sonde métallique pour faciliter l'écoulement du pus. En quatre semaines, cicatrisation complète.

Parésie transitoire de l'orbiculaire des lèvres à droite. Disparition complète des convulsions. L. GALLIARD.

Ueber Hydrocephalus, par QUINCKE (*Beilage zum Cent. f. klin. Med.*, *n°* 28, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 549, 1er *juin* 1891).

Dans des hydrocéphalies aiguës ou chroniques accompagnées de symptômes de compression cérébrale, Quincke pratique des ponctions soit crâniennes, soit rachidiennes, pour évacuer le liquide céphalo-rachidien.

Chez un premier enfant, il a fait des ponctions multiples du crâne à travers un orifice de trépan. La tension du liquide intra-crânien était dans ce cas de 29 à 30 millimètres de mercure. A la suite de chacune de ces opérations, la raideur de la nuque et la contracture des hanches diminuèrent, mais il n'y eut pas guérison.

Chez un autre enfant, qui guérit complètement, les ponctions furent faites à la partie inférieure du rachis. Chez un adulte, on retira ainsi, en une heure, 80 centimètres cubes de liquide. La ponction est faite entre les arcs des 3e et 4e vertèbres lombaires. On enfonce l'aiguille à côté de l'apophyse épineuse, et la dirigeant vers la ligne médiane, à une profondeur de deux centimètres, chez les enfants, et de quatre à six, chez les adultes, on atteint le sac contenant le liquide. J. B.

En epidemi af infantil paralysi, par O. MEDIN (*Hygiea, septembre* 1890, *et Hygienische Rundschau, I*, 460, 15 *juin* 1891).

Déjà, en 1881, Bergenholtz avait observé à Uméa, sous le 64e degré de latitude, une petite épidémie de paralysie infantile comprenant 16 cas survenus en très peu de temps. Cette maladie est généralement rare en Suède. On n'en avait pas constaté d'épidémie à Stockholm dans les 50 dernières années, lorsqu'il s'en produisit une en 1887. Au mois de mai de cette année, apparurent d'abord 2 cas, en juin 1, en juillet 2, tous typiques. Le 1er août il en survint un nouveau cas et 29 autres dans les 46 jours compris entre le 9 août et le 23 septembre. Enfin, 9 cas encore jusqu'à la fin de novembre. Chez tous les malades, les symptômes furent très violents. Des 44 enfants malades, 3 ont succombé directement à la paralysie, 1 à la diphtérie. Dans 2 familles, les 2 frères et sœurs furent atteints presque simultanément. (*R. S. M.*, XXXII, 188.) J. B.

De la myocardite diphtéritique aiguë, par RABOT et A. PHILIPPE (*Arch. de méd. exp., III*, 5).

Ce n'est pas sur la fibre musculaire que portent les lésions. Celle-ci n'est intéressée que dans les diphtéries très toxiques, accompagnées de dégénérescences viscérales multiples : la mort a lieu par le fait de l'affaiblissement général ou des hémorragies, sans que la séméiologie cardiaque intervienne d'une façon prédominante. Au contraire, la vraie myocardite diphtéritique est une myocardite interstitielle aiguë. Elle est rare, tardive; elle s'installe sournoisement chez des enfants ou adultes déjà convalescents d'une angine moyenne. Parfois une syncope subite la révèle, le plus souvent les malades sont pâles, apathiques, continuellement en imminence de défaillance. L'arythmie du pouls et l'affaiblissement du cœur sont frappants. Il y a de plus des vomissements, de l'albuminurie. La mort survient dans la moitié des cas, par syncope ou dilatation aiguë du cœur. Le myocarde présente des foyers d'inflammation interstitielle récente, des nodules embryonnaires plus ou moins étendus et indépendants des vaisseaux et des appareils nerveux. L'affection pourrait être confondue avec les crises bulbaires, qui comportent cependant plus de troubles respiratoires et de vomissements, et qui s'accompagnent de quelques signes de paralysie diphtérique, au moins du côté du voile du palais. GIRODE.

Nouveaux faits relatifs à l'histoire de la tuberculose infantile. Fréquence de la tuberculose. Cause majeure de mortalité dans le premier âge. Pathogénie. Prophylaxie, par LANDOUZY (*Revue de médecine, septembre* 1891).

Ce mémoire, consacré à défendre une thèse soutenue depuis plusieurs années par Landouzy, à savoir la fréquence de la tuberculose chez les enfants du premier âge, est basé sur les observations recueillies par l'auteur du 1er février 1890 au 31 décembre 1890 dans son service de crèche de l'hôpital Tenon. Sur 69 décès enregistrés pendant ces 11 mois, 20 doivent être attribués à la tuberculose, 15 fois l'autopsie est venue confirmer le diagnostic; dans les 5 autres cas l'autopsie n'a pu être faite ou les résultats obtenus ont été douteux. Aussi Landouzy n'enregistre-t-il que les 15 cas certains à l'appui de l'opinion qu'il défend, soit une proportion de 21.7 0/0. Il insiste sur la prédominance de la tuberculose diffuse sur la tuberculose localisée, la répartition égale entre les deux premières années (7 décès ont été observés entre 3 et 12 mois et 8 décès entre 12 et 24 mois) et égale au point de vue des sexes.

La seconde partie est consacrée à attirer l'attention sur les causes de contagion auxquelles est exposé l'enfant et surtout l'enfant pauvre, élevé le plus souvent dans un air confiné et en contact pour ainsi dire constant avec celui de ses parents qui est atteint de tuberculose. Ce dernier, ne pouvant travailler, a la charge de l'enfant ; il reste à la maison, le porte sur ses bras, l'habille, le déshabille, le berce, etc. Au nom de la société, Landouzy demande à ce que les médecins signalent aux familles les dangers auxquels elles s'exposent eux et les leurs en agissant ainsi : il faut faire entrer dans l'esprit de toutes les classes sociales que la tuberculose est une maladie contagieuse et qu'il est temps de laisser de côté toute sentimentalité redoutable pour l'entourage des malades. C'est

donc aux médecins à préparer l'opinion publique afin que le jour où des règlements administratifs seront promulgués, leur observation soit facilitée par le public lui-même. C. GIRAUDEAU.

Purpura à streptocoques, transmis au fœtus, par HANOT et LUZET (*Arch. de méd. expér.*, *II*, 6, *p.* 772).

Chez une femme enceinte, se développe, sans cause précise, une méningite cérébro-spinale streptococcienne accompagnée de purpura des membres inférieurs ; le streptocoque est démontré dans la rate, le foie, l'utérus. Dès l'entrée à l'hôpital, expulsion d'un enfant mort, chez qui on trouve du purpura des séreuses : le streptocoque existe dans les taches purpuriques du cœur et dans le foie. Le départ utérin de l'infection est assez peu vraisemblable; en tout cas, la septicémie streptococcienne était évidente, et l'infection du fœtus ajoutait encore à la netteté de la démonstration. GIRODE.

Ueber Scorbut in Kindesalter, par POTT (*Münch. med. Woch.*, *n^{os}* 46 *et* 47 *p.* 805 *à* 821, 1891).

L'auteur rapporte trois cas sporadiques de périostite scorbutique. Les deux premiers atteignirent deux jumeaux, et amenèrent la mort avec décollement périostique étendu. Le troisième présenta, en outre du décollement périostique du fémur, un épanchement dans les genoux. On n'a pu déterminer si cet épanchement était ou non hémorragique. Dans tous ces cas, l'étiologie a été des plus obscures. L'auteur passe ensuite en revue la maigre statistique du scorbut dans l'enfance. C. LUZET.

Ueber Tetanie im Kindesalter, par GANGHOFNER (*Zeitschrift für Heilkunde*, *XII*, 4 *et* 5).

La rapidité d'évolution de la tétanie chez les enfants, son aspect clinique, sa guérison habituelle et complète semblent indiquer qu'elle ne résulte pas d'une lésion profonde et grave du système nerveux central. Il est bien plus vraisemblable que la tétanie des enfants consiste le plus souvent en simples troubles fonctionnels résultant d'une intoxication.

LEFLAIVE.

Tetanus Neonatorum, par CHAPIN (*New York med. journ.*, *p.* 421, 17 *octobre* 1891).

Enfant né à terme, robuste en apparence, ayant, le 6[e] jour, un spasme unilatéral ; le 8[e] jour, convulsions cloniques pendant quelques heures. Le 9[e] jour, convulsions toniques généralisées ; bras et jambes rigides, doigts fléchis, tête renversée en arrière ; trismus et opisthotonos. Pupilles resserrées, réagissant à la lumière. Rien dans les poumons. La déglutition est difficile. Les spasmes s'exagèrent par accès. Les os pariétaux chevauchent sur l'occipital qui est déprimé, mais la réduction de cette déformation s'opère sans difficulté. On constate que l'ombilic suppure ; l'auteur admet que là est la porte d'entrée de l'infection qui s'est traduite par le tétanos.

L'enfant ayant succombé le 9[e] jour, on trouve une phlébite étendue à 1/2 pouce de l'ombilic. Pas de lésion appréciable des centres nerveux. Pas de péritonite ni de pleurésie. L. GALLIARD.

Ueber angeborene einseitige Nierenschrumpfung mit Cystenbildung (Du petit rein contracté unilatéral congénital avec formation de kystes), par J. ARNOLD (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *VIII*, 1, *p.* 21).

Chez un nouveau-né, Arnold a pu constater la coexistence d'un rein

hypertrophié à structure normale, avec un rein contracté du poids de 4gr,72. Les calices sont oblitérés, les papilles ont disparu. La lumière de l'uretère, quoique étroite, a persisté. Dans le rein hypertrophié il y avait de petits kystes et par places seulement un peu de prolifération conjonctive dans la substance corticale. Dans l'autre les kystes sont nombreux et renferment une substance muqueuse ou hyaline; sur leur paroi existent des élevures qui ne sont que des reliquats de glomérules. Entre les kystes on voit du tissu conjonctif avec des canalicules dilatés et quelques-uns normaux. La sclérose est encore plus prononcée dans la zone médullaire. C. LUZET.

Troubles nerveux post-scarlatineux, par THOMAS (*Revue médic. Suisse romande, XI*, 761, *décembre* 1891).

Garçon de 5 ans ayant eu, en 1890, une paralysie infantile dont il lui reste du côté droit un pied varus équin et une atrophie des muscles de la région antérieure de la jambe. En mai 1891, scarlatine peu grave sans albuminurie ni diphtérie. De juin à juillet, affaiblissement progressif de la vision, dû à une névrite optique double. A partir du 20 juillet, coqueluche de médiocre intensité avec phénomènes parétiques, peu à peu généralisés à tous les membres et à la nuque, mais respectant les muscles oculaires et le voile du palais ; en même temps, contractures modérées avec légère diminution de la sensibilité des quatre membres ; exagération des réflexes. Le 26 juillet, apparition de fièvre, perte de la parole, paralysie des sphincters, cris, raies méningitiques ; assoupissement, pouls régulier. Au commencement d'août, cessation de la fièvre, de l'état cérébral de la paralysie des sphincters ; le 8, varicelle. Dans le cours du mois d'août, survient un tremblement des membres supérieurs pendant les mouvements volontaires. Dès lors, amélioration graduelle, sauf de l'atrophie des papilles (*R. S. M.*, XXII, 136). J. B

Ueber acute idiopatische Halsdrüsenentzündung (De l'adénite cervicale aiguë idiopathique de la première enfance), par H. NEUMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 53, *p.* 1227, 28 *décembre* 1891).

L'inflammation aiguë idiopathique des ganglions placés dans la profondeur du cou, derrière les angles maxillaires, est une affection de la première enfance, distincte de la fièvre glandulaire de Pfeiffer (*R. S. M.*, XXXVI, 582 et XXXVII, 566). Des 27 cas, observés par Neumann, 11 se rapportent à des enfants au-dessous d'un an (le plus jeune avait dix semaines); 10 à des enfants de 1 à 2 ans, et les 6 autres à des enfants de 2 à 4 ans. Le nombre des garçons est le double de celui des filles.

L'affection est presque toujours précédée de coryza et de toux. La fièvre dépasse 39° dans le rectum. Le jour même ou le lendemain, on constate la tuméfaction des ganglions cervicaux, qui atteint rapidement des dimensions très considérables. Dans les trois premiers jours, la température oscille entre 38, 6 et 39, 8. Dans la gorge, rien de visible en général, ou une rougeur insignifiante. A l'extérieur, tumeur rénitente, régulière, rouge et douloureuse, qui remplit l'espace sous-maxillaire et s'étend parfois en arrière du sterno-mastoïdien; elle est formée par les ganglions cervicaux, profonds, supérieurs. Cinq fois seulement les ganglions de l'autre côté du cou étaient également gonflés, mais à un moindre degré. La tumeur, ou bien devient moins douloureuse et rétro-

cède graduellement, ou bien elle suppure ; ces deux modes de terminaison ont été aussi fréquents l'un que l'autre parmi les malades de Neumann. La résolution s'effectue généralement dans le laps de deux à quatre semaines. 6 fois sur 12, l'abcès a été incisé du 10e au 15e jour et sa cicatrisation était achevée de 3 à 7 semaines après le début. Chez un seul enfant, un scrofuleux qui avait eu un abcès rétropharyngien droit, l'adénite bilatérale a passé à l'état chronique après avoir diminué de volume. 2 fois il y a eu complication de néphrite. La coexistence d'une otite moyenne aiguë est très commune, et Neumann considère cette otite et l'adénite comme deux manifestations indépendantes d'un même agent infectieux qui s'est introduit dans le pharynx nasal.

Dans les 7 pus ganglionnaires examinés par Neumann se trouvait constamment le streptocoque pyogène, 5 fois seul, 2 fois avec le staphylocoque blanc.

L'adénite rétro-maxillaire infantile de Neumann sévit épidémiquement, surtout dans les temps où les maladies des voies respiratoires et les abcès rétropharyngiens sont fréquents. Du reste, adénite rétromaxillaire et adénite rétro-pharyngienne peuvent coexister ou se succéder chez le même malade et reconnaissent manifestement la même cause infectieuse. J. B.

Chéloïdes spontanées multiples avec contractures, par NASSE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, *p.* 709, 13 *juillet* 1891).

Garçon de 11 ans offrant des chéloïdes spontanées multiples des doigts et des orteils. Il y a quatre ans et demi, les parents ont remarqué, sans préexistence de blessure ni de cicatrice, l'apparition au côté radial de la troisième phalange du médius gauche, d'une petite tumeur cutanée, dure. Cette tumeur, enlevée six mois plus tard, récidiva aussitôt. En peu de temps, il s'en développa de semblables sur l'index gauche, sur les phalanges unguéales des deux derniers doigts et du deuxième et troisième orteils gauches. Au bout d'un an, extirpation de toutes ces tumeurs qui ne tardent pas à reparaître. L'an dernier, est survenue de la contracture des doigts. Les tumeurs sont sensibles par la pression et le froid ; celles des orteils gênent beaucoup la marche, aussi le malade a-t-il subi récemment la désarticulation des deuxième et troisième orteils gauches. A la base des phalanges unguéales des quatre doigts (en dehors du pouce) de la main gauche, se voient des chéloïdes rouge pâle, de forme et de dimensions diverses ; elles adhèrent à l'os et s'étendent en partie aussi sur la deuxième phalange. Il en est de même aux orteils.

Mais le fait le plus curieux est les contractures. Le quatrième doigt est fléchi presque à angle aigu au niveau de sa dernière articulation interphalangienne, et, du côté de la flexion, existe une rétraction de la peau, d'aspect cicatriciel. La phalange unguéale du médius est inclinée sur son bord radial et immobile. Les mouvements de la dernière phalange des deuxième et cinquième doigts sont également limités, de même, qu'à un degré moindre, ceux de la première articulation interphalangienne de ces quatre doigts.

Nasse ne connaît d'autre cas de chéloïdes des mains et des pieds coexistant avec des contractures cicatricielles, que celui de Volkmann. (*Langenbeck's Archiv*, XIII.) J. B.

Umbilical fœcal fistula in an infant cured by radical operation, par F. J. SHEPHERD (*Arch. of pediatrics*, *janvier* 1892).

Enfant de 3 mois, vigoureux, est amené à l'hôpital le 18 septembre 1891

pour une fistule stercorale de l'ombilic. Le cordon, à la naissance, était plus épais que d'habitude ; la ligature tomba le 5e jour et la nourrice remarqua que des gaz passaient le jour suivant par l'ombilic, puis, peu à peu, vinrent des matières.

Au niveau de l'ombilic, on trouve une saillie, du volume d'un pénis d'enfant, avec une ouverture à l'extrémité. La sonde pénètre dans ce conduit et en ramène des fèces. Il y avait là évidemment un diverticulum intestinal. Le 19 septembre, l'opération montre l'exactitude du fait ; le diverticulum est, après dissection, reséqué ; l'ouverture suturée par une double rangée de fils de soie, le pédicule réduit et l'abdomen fermé. Guérison parfaite. A. CARTAZ.

Sarcome encéphaloïde de l'intestin grêle et du mésentère chez un enfant de 5 ans, par PÉPIN (*Journ. méd. Bordeaux, 20 décembre* 1891).

Fillette de 5 ans présentant depuis cinq semaines, à la suite d'un coup de pied sur l'abdomen, une augmentation de volume du ventre accompagnée de vives douleurs et de troubles intestinaux variés. On perçoit dans le côté gauche de l'abdomen une volumineuse tumeur mate et un peu mobile ; elle semble formée d'une portion arrondie, de la grosseur d'une orange, reposant profondément sur une masse bosselée, résistante, de la largeur d'une main d'adulte. Douleurs dans les lombes et dans les cuisses et léger œdème des membres inférieurs. 15 jours plus tard, mort de l'enfant en pleine cyanose d'origine rubéolique.

A l'autopsie, on trouve une tumeur non adhérente superficiellement et formée de deux masses : l'une intestinale, occupant, sous forme d'anneau, toute la périphérie de l'intestin grêle, à 20 centimètres du duodénum ; au niveau de cette masse existe une cavité, remplie d'un liquide grisâtre, fétide et communiquant à ses deux extrémités avec la lumière du canal intestinal. La deuxième portion du néoplasme, adhérente à la première, discoïde, bosselée est contenue entre les deux feuillets du mésentère.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome encéphaloïde. OZENNE.

Double pyosalpinx in a child, par CHEADLE (*Lancet*, 14 *novembre* 1891).

Cheadle, à l'autopsie d'une enfant âgée de 21 mois, trouva une double pyosalpingite suppurée. L'origine de cette affection fut d'autant moins explicable qu'il n'existait pas de vulvovaginite. L'utérus était tout à fait sain.

A.-F. PLICQUE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

De la répartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau, par ARNOZAN (*Annales de derm., janvier* 1892).

L'auteur, à la suite d'expériences multipliées, est parvenu à établir des schémas assez précis représentant la distribution normale de la sécrétion grasse sur le tégument de l'adulte sain. Les localisations du maximum de cette sécrétion sont la tête, face et cuir chevelu, la nuque et la gouttière vertébrale jusqu'au sacrum, en avant la région sternale

jusqu'au nombril. Cette distribution dessine sur le tronc en avant et en arrière une sorte d'éventail à extrémité inférieure et qui s'élargit à la partie supérieure pour recouvrir les épaules, tout en respectant la face antérieure du cou. L'auteur a employé le procédé d'exploration suivant emprunté à Malagutti. Du camphre en poudre est jeté dans un vase très propre contenant de l'eau très pure; ces fragments de camphre subissent aussitôt des mouvements giratoires rapides qui cessent si l'on introduit dans l'eau un objet quelconque frotté sur un corps gras. L'auteur frottait un agitateur en verre sur la surface de la peau, le trempait ensuite dans l'eau et jugeait de l'abondance plus ou moins grande de la graisse à la netteté de l'arrêt des mouvements des parcelles de camphre. L'auteur ne tranche pas la question de savoir si la graisse provient des glandes sébacées en plus grande abondance que des glandes sudoripares, mais il constate que les régions à sécrétion grasse sont celles où prédominent les glandes sébacées. F. BALZER.

Ueber den Ort der Bildung des Hautpigments (Sur le lieu de formation du pigment de la peau), par CASPARY (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 1).

L'auteur a revu les cellules à prolongements rayonnés décrites par Merkel en 1875 dans la couche muqueuse de l'épiderme. Sur le groin pigmenté du porc, ces cellules existent dans la couche basale, laquelle est peu pigmentée chez cet animal, contrairement à ce que l'on observe chez l'homme. Caspary n'a pu s'assurer si ces cellules provenaient du tissu conjonctif papillaire. Chez l'homme, on retrouve ces mêmes cellules dans les bulbes pileux, mais non dans les autres régions pigmentées de la peau humaine. Les cellules basales du corps muqueux contiennent seules le pigment. Même disposition pour le pigment du vitiligo; Caspary n'a pu constater l'immigration des cellules conjonctives pigmentées que l'on voit dans le chorion, autour des vaisseaux. Il ne l'a vérifiée que pour la maladie d'Addison, dans la peau du scrotum : assez nombreuses dans le chorion, ces cellules conjonctives sont munies de longs prolongements lorsqu'elles pénètrent entre les cellules basales du corps muqueux. La même disposition n'existe pas dans le nævus pileux pigmenté. En somme, ces cellules conjonctives à pigment sont distinctes des cellules pigmentées de la couche basale du corps muqueux. Elles constituent une source de pigment tout à fait distincte, et dont l'activité paraît indépendante. F. BALZER.

I. — Dermatitis herpetiformis developing after severe mental emotion and shock, par ELLIOT (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, *septembre* 1891).

II. — Un cas rare de dermatite herpétiforme de Duhring; variété pustuleuse et végétante, par WICKHAM et HUDELO (*Bulletin de la Soc. franç. de derm.*, *décembre* 1891).

I. — L'auteur rapporte deux observations de malades ayant présenté tous les symptômes de la maladie décrite par Duhring et Brocq. Le fait le plus important dans ces deux faits a été l'influence étiologique très nette des émotions et du choc moral, qui ont immédiatement précédé le début de la maladie et paraissent en avoir provoqué le développement.

L'auteur estime du reste que la dermatite herpétiforme se rapproche des dermato-neuroses, et qu'à ce titre les troubles du système nerveux ont une

importance étiologique de premier ordre, bien que la nature de la lésion nerveuse et sa localisation soient jusqu'ici inconnues.

II.—Les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint depuis 1887 de dermatite herpétiforme de Duhring, avec alternatives de poussées éruptives et d'accalmies. En 1887, poussée au pied droit d'éléments papillomateux et pustuleux semblables à ceux qui existent actuellement aux fesses. Le point de départ consiste en pustulettes d'auto-inoculations qui s'agrandissent et deviennent croûteuses au centre; la croûte tombe et laisse voir une surface douloureuse, pigmentée et végétante, qui s'étend plus ou moins. Dans les pustulettes, Darier a constaté la présence du staphylococcus pyogenes albus. Il s'agit, en somme, d'une forme rare de la dermatite herpétiforme, à la fois pustuleuse et végétante. F. BALZER.

Ueber die Beziehungen des Eczems zu Stoerungen des Nervensystems (Sur les relations de l'eczéma avec les troubles de l'innervation), par Duncan BULKLEY (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, Ergaenzungsh. I*, 1891).

L'eczéma peut être observé : 1° à la suite de lésions mécaniques ou de troubles dans les fonctions des conducteurs nerveux ; 2° sous l'influence ou à la suite d'excitations réflexes d'origine périphérique ou interne ; 3° sous l'influence ou à la suite de chocs nerveux ou psychiques ; 4° sous l'influence de la neurasthénie. H. H.

A new form of epidemic skin disease, par SAVILL (*The Glasgow med. journ., janvier* 1892).

Sur 800 malades de l'hospice Paddington, 163, savoir 89 hommes et 74 femmes, furent atteints, y compris l'auteur et une garde.

Début par une tache érythémateuse ou une petite papule, puis les éléments éruptifs deviennent confluents, la surface s'indure et la maladie évolue suivant deux types : le premier humide, par formation de vésicules (10 malades) l'autre sec (45 malades) ; les autres cas furent mixtes; il se produisit une desquamation sous forme de poudre impalpable sur les pieds et les mains. La localisation la plus fréquente fut les avant-bras, puis la face, les jambes, le dos, le cou; dans certains cas le corps tout entier fut pris. Symptômes généraux de fatigue, abattement, pas de fièvre, sauf dans le cas de généralisation ; diarrhée, vomissement, surtout dans le cas à terminaison fatale.

Albumine dans la moitié des cas. Durée 6 semaines à 2 mois. Eruption de furoncles consécutive. Mort par abattement et troubles respiratoires ; la maladie ressemble soit au pytiriasis rubra, soit à l'eczéma généralisé. Pas de renseignements bactériologiques. P. DUFLOCQ.

I. — Utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans les leucokératoses de la bouche et de la vulve, par PERRIN (*Annales de derm.*, n° 11, 1891).

II. — Posthite chronique d'aspect leucoplasique, par PERRIN (*Ibidem*, n° 1, 1892).

I. — Le véritable traitement de la leucokératose ou leucoplasie buccale et vaginale, c'est l'ablation par le thermocautère, ou le galvanocautère dès que cette altération prend une apparence qui peut faire songer au développement de l'épithélioma. L'auteur rapporte plusieurs observations à l'appui de cette ablation précoce et complète.

Il croit qu'il ne faut pas attendre longtemps et qu'il faut prévenir par l'opération la dégénérescence de la lésion de la muqueuse.

II. — Chez un homme âgé de 49 ans l'auteur a constaté l'existence d'un anneau induré d'apparence fibreuse, d'une étendue de deux centimètres de hauteur, occupant la face interne du prépuce et présentant un aspect leucoplasique très net, avec formation fréquente de fissures qui guérissent rapidement. Il est disposé à considérer cette lésion comme étant de nature leucoplasique et semblable à la leucoplasie buccale et vulvo-vaginale. F. BALZER.

Sur le pityriasis rubra de Hebra et ses rapports avec la tuberculose, par JADASSOHN (*Archiv für Derm. und Syph.*, XXIV, 1).

Sur 16 cas de pityriasis rubra, 9 ont été observés par l'auteur jusqu'à leur mort; l'autopsie a montré, dans 6 cas sur 7, des lésions de tuberculose ancienne ou récente. On a trouvé notamment des bacilles de la tuberculose dans les ganglions engorgés du vivant des malades. L'auteur se demande s'il n'existe pas un rapport entre cette tuberculose des ganglions et le pityriasis rubra, et croit que l'attention doit être désormais appelée sur cette question. F. BALZER.

Ueber Lichen ruber acuminatus, planus und Pityriasis pilaris, par NEUMANN (*Archiv für Derm. und Syph.*, XXIV, 1).

Neumann discute l'existence autonome de ces trois affections cutanées. Le lichen ruber acuminé ne peut être mis en conteste. Le lichen planus en est très voisin; pourtant le siège des lésions n'est pas le même. Il s'accompagne surtout de lésions des glandes sudoripares, tandis que le lichen ruber acuminé est surtout caractérisé par des altérations des follicules pileux. Enfin l'auteur sépare le pityriasis pilaire de ces deux affections. Il rapporte notamment un cas dont il a pu suivre l'évolution, débutant par un érythème qu'il avait cru de nature toxique, suivi bientôt de la formation de nodosités indurées, dont l'évolution fut identique à celle qui caractérise le pityriasis pilaire. F. BALZER.

Nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes, par HALLOPEAU et LARAT (*Association française, Congrès de Marseille*, 1891).

D'après l'observation détaillée d'une malade, les auteurs de ce travail établissent l'existence d'une dermatose caractérisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée. Cette dermatose est très vraisemblablement une manifestation cutanée de l'hystérie; les papules lichénoïdes peuvent être d'origine trophonévrotique et ne sont pas liées au prurit. L'électrisation cutanée, sous forme de bains faradiques, paraît être indiquée en pareil cas.

F. BALZER.

Note sur un cas de lichen de Wilson chez une négresse, par THIBIERGE et LEREDDE (*Annales de derm.*, n° 11, 1891).

Chez cette femme, les auteurs ont remarqué quelques caractères différentiels par rapport au lichen de la race blanche; les éléments éruptifs sont moins durs, n'ont pas la surface brillante qui est si fréquente. Les auteurs signalent, en outre, des lésions œdémateuses très spéciales du corps mu-

queux et une pigmentation d'une intensité extraordinaire non seulement dans l'épiderme, mais aussi dans le derme. F. BALZER.

Psoriasis, par POLOTEBNOFF (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, Ergaenzungsh.*, 1891).

D'après l'auteur, le psoriasis n'est qu'un des symptômes multiples d'une névrose vaso-motrice dans laquelle les troubles de circulation peuvent se produire dans la peau comme ils le font en divers organes. Il fait remarquer que le psoriasis coïncide habituellement, quand il se développe, avec des troubles objectifs ou subjectifs de l'innervation; dans un nombre colossal de cas, l'auteur a trouvé, chez les ascendants, des troubles dans les fonctions du système nerveux; les désordres psychiques et les fatigues intellectuelles jouent un rôle important dans l'étiologie de cette malade. Les excitations réflexes peuvent également lui donner lieu; il en est de même des traumatismes qui intéressent le système nerveux. On a noté, au niveau des plaques psoriasiques et dans leurs intervalles, des troubles de la sensibilité, particulièrement de l'anesthésie; la sécrétion sudorale y est abolie; il peut se produire dans cette maladie des arthropathies ainsi que des amyotrophies et de l'atrophie cutanée. Tous ces faits sont en faveur d'une névrose vaso-motrice et trophique. H. HALLOPEAU.

Les nævi, par HALLOPEAU (*Progrès méd.*, p. 17, 1891).

H. comprend sous ce terme toutes les néoplasies cutanées d'origine embryonnaire et il les classe en :

1° Nævi dus à la prolifération d'éléments différenciés (N. pigmentaires, pilaires, molluscoïdes, verruqueux, adénomateux, cornés des orifices sudoripares, kératodermiques, vasculaires, lymphangiomes.)

2° Nævi dus à la prolifération d'éléments non différenciés (cellulomes épithéliaux, hydradènomes, syringocystadénomes.)

3° Nævi mixtes.

A côté de cette classification anatomo-pathologique, il faut établir une division d'après leur localisation; les uns restant isolés ou disséminés sans ordre, les autres formant des trainées linéaires suivant le trajet de certains nerfs. H. décrit les diverses modalités de ces néoplasies et signale comme nouvelles les variétés : nævi cornés des orifices sudoripares et nævi pilo-folliculaires.

Les nævi peuvent rétrocéder, mais ils peuvent aussi s'enflammer, se métamorphoser et subir la dégénérescence épithéliomateuse ou sarcomateuse. La vaccination, l'électrolyse ou la galvano-puncture sont les meilleurs agents de destruction de ces tumeurs. A. CARTAZ.

Nœvus verrucosus unius lateris, par MULLER (*Archiv für Derm. und Syph.*, *XXIV*, 1).

Homme âgé de 37 ans : le début de ce nævus remontait à la vie intra-utérine. La mère du sujet racontait avoir souvent vu, pendant sa grossesse, une femme atteinte de cette même difformité de la peau. Chez cet individu les nævi occupent exclusivement la moitié droite du corps, sans dépasser la ligne médiane. Ils prédominent surtout au cou, à la nuque, dans les plis axillaire et inguinal, en un mot, dans les points exposés particulièrement aux frottements. F. BALZER.

Des épithéliomes développés sur les nævi, par RENOUL (*Thèse de Paris*, 1891).

Les tumeurs malignes se développent assez fréquemment sur les nævi pigmentaires : ce sont par ordre de fréquence les épithéliomes et les sarcomes. Dans ces cas, la néoplasie épithéliale affecte souvent la forme du carcinome réticulé. Le carcinome est tantôt mélanique, tantôt dépourvu de pigmentation. L'auteur est disposé à admettre que les tumeurs pigmentées naissent dans le corps muqueux, et les autres aux dépens des glandes. Pigmentées ou non, ces tumeurs doivent être enlevées le plus largement possible. F. BALZER.

Ueber multiple Dermatomyome, par LUKASIEWICZ (*Archiv für Derm. und Syph.*, *XXIV*, 1).

Homme de 23 ans, chanteur, chez lequel l'affection cutanée a débuté par une sorte d'éruption bulleuse depuis quatre ans et demi. Des nodosités nombreuses se sont ensuite développées sur les membres inférieurs : elles sont dures, élastiques, plus ou moins saillantes, fréquemment douloureuses par accès très pénibles. Il y a environ trente nodosités à la cuisse gauche et une soixantaine à la jambe gauche, du côté de l'extension. Quelques nodosités ont diminué de volume sous l'influence d'un traitement arsenical.

F. BALZER.

Un cas de lymphangiome circonscrit des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique), par THIBIERGE (*Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, *novembre* 1891).

Homme de 28 ans, qui présente, depuis l'âge de 10 ans, sur la paroi interne de l'aisselle gauche, des groupes de petites saillies analogues à des vésicules conglomérées. Ces saillies débutent assez rapidement, ont d'abord une coloration rouge violacée ou noirâtre, puis se décolorent en plusieurs mois, ressemblant alors à des vésicules d'herpès. On peut voir actuellement des éléments rouges à contenu sanguin, des éléments incolores à contenu séreux et on sent, dans le tissu cellulaire, des masses ayant la consistance de certains angiomes. Les lésions sont donc bien d'abord en connexion avec le système sanguin et non avec le système lymphatique ; ce sont des dilatations vasculaires qui deviennent kystiques avec un contenu séreux. Mibelli, Pringle, de Smet et Bayet ont publié des faits semblables. F. BALZER.

Multiple dermoid cysts simulating xanthoma tuberosum, par POLLITZER (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, *août* 1891).

H. D., âgée de 24 ans, syphilitique depuis trois ans, ayant été atteinte plusieurs fois de rhumatisme articulaire et une fois de pleurésie avec épanchement, présente un grand nombre de kystes dermoïdes à la nuque, au cuir chevelu, aux bras, etc... On en compte environ 150. Il en existe deux à la face palmaire de l'index droit, un au pouce gauche, un à la joue droite. En divers points, par leur couleur et leur apparence, ces tumeurs simulent le xanthoma tuberosum. Mais l'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait de kystes dermoïdes, présentant une enveloppe papillaire, avec un contenu épithélial corné et dégénéré, quelquefois des pelotons de poils et du pigment brun ou noir F. BALZER.

Congenital elephantiasis of the face and scalp, operation, recovery, par COLEY (*N. York med. journ.*, *p.* 706, 20 *juin* 1891).

Garçon de 16 ans, d'intelligence peu développée, atteint d'hypertrophie des

téguments de la face et de la tête, du côté droit seulement ; son aspect, de ce côté, rappelle celui du chien. La joue est pendante, la commissure des lèvres abaissée à droite. La paupière supérieure, énorme, pend jusqu'au niveau de l'aile du nez. L'aile du nez est volumineuse et abaissée. Sur la portion postérieure du pariétal droit, on trouve une tumeur molle, mobile, recouverte de cheveux. Au niveau de l'écaille du temporal une dépression correspond à une perte de substance osseuse, peu étendue.

Le 19 avril 1890, ablation de la tumeur du cuir chevelu. D'autre part, incision sur le bord de la paupière hypertrophiée et dissection jusqu'au sourcil, dissection de la conjonctive, excision d'un lambeau, suture de la peau et de la conjonctive. L'aspect de la paupière est dès lors à peu près normal.

Le 3 mai, incision elliptique allant de l'angle de la bouche à l'oreille, intéressant toute l'épaisseur de la joue et circonscrivant les tissus éléphantiasiques. Suture isolée de la muqueuse, puis suture de la peau. Hémorragie profuse. Le succès de l'opération est complet. L. GALLIARD.

Ueber einen papuloesen, akneiformigen Ausschlag mit kolloiden Massen wie diejenigen bei Molluscum contagiosum, par J. F. PAYNE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 10).

Il s'agit d'une éruption qui a offert certaines analogies avec celles que l'on a cru pouvoir rapporter à l'action de psorospermes : elle était limitée aux avant-bras et aux mains : des saillies papuleuses élevées, coniques, dures, lisses et pâles la constituaient ; il y en avait une vingtaine de chaque côté ; les plus anciennes étaient d'une dureté remarquable et présentaient une hypertrophie considérable de l'épiderme : il n'y avait cependant pas de squames et la surface était complètement plane. Les papules les plus récentes ne dépassaient pas le volume d'une tête d'épingle; on pouvait leur reconnaître une dépression centrale avec un orifice miliaire d'où l'on parvenait à faire sourdre une petite quantité de liquide. Elles n'étaient nullement prurigineuses. La maladie avait débuté un an et demi auparavant par le dos des deux poignets, puis elle s'était graduellement étendue aux dos des deux mains et aux avant-bras ; quelques papules s'étaient développées sur les doigts. Ces boutons persistaient sans se modifier aucunement. L'examen histologique dénote la présence, dans les couches profondes de l'épiderme, d'un grand nombre de corpuscules analogues à ceux du molluscum contagiosum.

L'auteur ne croit pas qu'ils représentent des psorospermes : il les considère comme des cellules modifiées, peut-être sous l'influence de parasites ; il ne s'agit pas de la psorospermie folliculaire de Darier ; cette éruption ne se rapporte à aucun type connu. H. HALLOPEAU.

Persistance des effets de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus, par HALLOPEAU (*Bull. de la Soc. franç. de derm.*, *novembre* 1891).

L'action curative des injections de tuberculine, évidente dans certains cas, n'est que passagère, et bientôt de nouveaux nodules se reproduisent dans le tissu de cicatrice. Pourtant l'auteur a observé deux malades, chez lesquels le lupus est resté profondément modifié par le fait des inoculations. Il semble que cela s'observe chez les sujets qui ont présenté une vive réaction locale et une abondante suppuration après les inoculations. Toutefois, l'auteur rappelle qu'il a autrefois signalé chez un de ces malades la production d'une insuffisance aor-

tique dont l'origine peut être rapportée en toute certitude à l'action de la lymphe. Le second a eu une série d'abcès qui ont mis sa vie en péril. Il conclut que la tuberculine ne peut être employée tant qu'on n'aura pas isolé son action curative de son action nocive. F. BALZER.

Évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples, par HALLOPEAU (*Bull. de la Soc. française de derm. et de syph.*, *décembre* 1891).

L'auteur présente une malade atteinte d'un lupus érythémateux dont la marche a été très particulière : il y a eu successivement de larges placards érythémateux à progression excentrique, des bulles, des ecchymoses, des décolorations, des cicatrices, des phénomènes d'asphyxie locale aux extrémités, et enfin des plaques ortiées. L'année dernière l'éruption se montrait en de nombreux foyers, et maintenant il n'existe plus que quelques placards de lupus érythémateux simple ou érythémato-folliculaire. Toutefois les phénomènes d'asphyxie locale se sont encore accentués. L'auteur insiste sur cette disposition remarquable de plusieurs foyers dans une affection que l'on est disposé à considérer comme tuberculeuse. Il explique ces manifestations passagères par l'action des toxines, tandis que les localisations permanentes seraient dues à la présence de bacilles très atténués dans leur virulence.

F. BALZER.

Effets de l'acide phénique et de l'essence de girofle sur les tissus du lupus, par UNNA (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 46, *p.* 1123, 9 *novembre* 1891).

Effets de l'acide phénique. Il faut distinguer 2 stades. Dans le premier, on note de la stase dans les capillaires, une homogénéisation des substances collagène, protoplasmatique et des noyaux anciens, tandis que les noyaux des cellules plus jeunes offrent une altération de la chromatine qui rappelle, à maints égards, celle que provoque la tuberculine. Dans le deuxième stade, il survient une nécrose complète avec état poreux et affaissement des substances homogénéisées.

Effets de l'essence de girofle. Ils sont moins nettement délimités et diminuent graduellement vers la profondeur. Il se produit aussi une homogénéisation des substances protoplasmatique et collagène, mais la chromatine reste intacte. Le phénomène le plus saillant est la désagrégation très précoce et intense des substances homogénéisées, ce qui donne aux tissus du lupus un aspect spongieux uniforme. L'essence de girofle ne paraît pas tuer les bacilles tuberculeux. J. B.

1° Eisentannat (Tannate de fer) ; 2° Nelkenoel (Essence de girofle), leurs applications en dermatologie, par UNNA (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1082 *et* 1083, 26 *octobre* 1891).

1° *Tannate de fer.* Unna préconise des bains d'encre très faibles, contenant chacun 5 grammes de tannin et 2 grammes de sulfate de fer, dans la dermatite exfoliatrice, le pemphigus foliacé, les eczémas très prurigineux, les brûlures et les hyperesthésies.

2° *Essence de girofle.* Une dissolution de 2 pour cent de chrysarobine dans l'essence de girofle donne de très bons résultats, en badigeonnages et en injections, dans les gommes scrofuleuses et tuberculeuses, dans les fistules et les glandes suppurées à bords tuméfiés. J. B.

I. — Ein Fall von Pseudoleukämie... (Pseudoleucémie avec tumeurs multiples de la peau, des muqueuses et des muscles), par ARNING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1372, 1891).

II. — Ueber Pseudoleukämie cutis, par M. JOSEPH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1373, 1891).

I. — Fille de 15 ans, portant à la pointe du nez une tumeur d'aspect cireux qui, plusieurs fois, a disparu spontanément pour se reproduire ensuite, une autre à la paupière supérieure gauche ; d'autres soulèvent la muqueuse de la lèvre inférieure du palais et de la luette. On trouve en outre des tumeurs sous-cutanées, de consistance fibreuse, à la face, au cou, aux extrémités supérieures. Tachycardie, palpitations.

Comme on a pensé au lupus, l'auteur essaie la tuberculine, mais il voit survenir des accidents graves. Le mercure reste sans effet. La pommade pyrogallique provoque l'atrophie de la tumeur du nez, mais cette tumeur reparaît bientôt. En même temps (le 14 janvier 1891), les tumeurs sous-cutanées se multiplient. Dès lors, on peut distinguer celles du tissu cellulaire et celles qui siègent dans les muscles. La rate est énorme. Pas de tuméfaction des ganglions lymphatiques. Pas de leucocythémie. Traces d'albumine dans l'urine.

L'examen histologique montre que la structure des tumeurs ressemble à celle des sarcomes.

Elles disparaissent presque complètement sous l'influence de l'acide arsénieux (3 c. par jour.) La rate diminue de moitié. La tachycardie persiste.

L. GALLIARD.

II. — Homme de 31 ans ayant eu, en juillet 1890, une tumeur à l'angle de la mâchoire du côté gauche. Bientôt survint une hémorragie abondante dans la région des molaires supérieures à gauche. Au mois d'octobre, tuméfaction du cou, à droite. A ce moment, le malade remarque de petites tumeurs de la peau.

A la fin de novembre, on constate des tumeurs grosses comme le poing aux régions cervicales. La peau du cou et de la poitrine est le siège de petites tumeurs dures dont plusieurs font saillie. Les ganglions axillaires sont tuméfiés ; ceux des autres régions sont à peine augmentés de volume. Pas de multiplication des leucocytes dans le sang. Mort le 9 décembre.

Autopsie. Gonflement des ganglions médiastinaux bronchiques et mésentériques. Tuméfaction de la rate. Myocardite et dilatation du cœur. Nodules à la surface des plèvres. Rien dans le foie et les reins ; rien dans la moelle des os.

Les tumeurs décrites siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur charpente conjonctive n'est pas distincte de celle de ce tissu. Les cellules sont rondes ou fusiformes. Les glandes sudoripares sont normales, mais le tissu qui les entoure est infiltré de cellules lymphoïdes. L. GALLIARD.

I. — Résultats obtenus par les injections de lymphe de Koch dans les différentes formes de lèpre, par KALINDÉRO et BABÈS (*Revue de médecine, octobre* 1891).

II. — Tuberkulin im Lungegaardshospital gegen Lepra, par DANIELLSEN (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XIII,* 3 *et* 4).

III. — Traitement de la lèpre par les injections de cantharidine, par INOKO (de Tokio) (*Sei-I.-Kwai medic. journ.*, 27 *juin* 1891).

I. — Dans la lèpre, il faut la même dose de remède que dans la tuber-

culose pour produire la réaction fébrile. Celle-ci survient ordinairement vingt-quatre heures après l'inoculation. La durée et les symptômes concomitants de la fièvre varient tout autant dans la lèpre que dans la tuberculose, mais ils durent ordinairement plus longtemps. Après une première réaction, il s'en manifeste une seconde le jour suivant et souvent une autre encore le troisième jour après l'inoculation. Le remède s'accumule si l'on répète journellement les inoculations; c'est ainsi que, par la répétition de l'inoculation du remède deux jours de suite (avec 2 milligrammes et 3 milligrammes), on obtint une forte réaction qui dura cinq jours. La réaction locale dans la lèpre fait généralement défaut ou bien elle est peu prononcée après les premières inoculations pour apparaître après des inoculations faites plus tard avec des doses un peu plus fortes. Cette réaction est suivie, dans la lèpre tuberculeuse, d'une formation lente de petites croûtes et d'une dessiccation peu prononcée des produits lépreux. L'état général s'améliore parfois.

Dans la lèpre nerveuse, on ne constate qu'une fois avec certitude une réaction locale consistant dans la production d'une hyperesthésie à la place de l'anesthésie et dans l'apparition de plaques rouges.

Il est donc prouvé par la façon différente dont le liquide de Koch agit dans la lèpre et dans la tuberculose qu'il s'agit là de deux maladies distinctes et que l'on peut diagnostiquer par ce moyen : 1° à laquelle des deux maladies on a affaire; 2° si la lèpre s'est associée à un moment donné à la tuberculose; 3° si une maladie trophoneurotique appartient ou non à la lèpre.

Il est bon de faire remarquer toutefois que, dans certains cas, une dose même inférieure à 1 milligramme peut produire une réaction dangereuse et d'une durée très longue. En outre la réaction locale pseudo-érysipélateuse peut prendre une intensité et une étendue extraordinaires et elle est suivie dans ces cas d'un dégonflement et d'une formation de croûtes considérable. Enfin, après deux mois de traitement, on peut obtenir après plusieurs réactions très considérables de nouvelles réactions par l'inoculation de doses plus élevées du remède; les lépreux s'habituent donc moins bien que les tuberculeux à des doses croissantes.

Le résultat final sur la marche de la maladie est peu encourageant après une période d'amélioration passagère, les accidents reparaissent comme avant les inoculations. C. GIRAUDEAU.

II. — Daniellsen a traité pendant quatre mois par la tuberculine 6 cas de lèpre anesthésique, 3 de lèpre tuberculeuse et 6 cas mixtes : tous les jours les malades recevaient 1 milligramme de lymphe. Il n'y eut pas de cas de mort, mais aucune amélioration; on nota même ce fait que tandis que les bacilles n'étaient pas visibles dans le sang avant les injections, après le traitement ils étaient devenus nombreux, comme si la tuberculine avait activé leur pullulation. Comme pour la lèpre, les tubercules lépreux s'enflamment, se congestionnent et deviennent douloureux sous l'influence des injections. H. R.

III. — Inoko a essayé la méthode de Liebreich sur les lépreux du Japon : les injections ont été douloureuses, mais sans réaction locale; elles ont été suivies d'une ascension thermique. Les tubercules lépreux se sont enflammés et ramollis, les ulcères ont montré une tendance à la

guérison, et même ont séché complètement. Les troubles anesthésiques sont restés les mêmes; les nerfs infiltrés n'ont subi aucune modification du fait du traitement. H. R.

I. — Chrysarobinbehandlung der Trichophytie, par von SEHLEN.

II. — Discussion de la section de dermatologie de la 64e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1106, 2 *novembre* 1891).

I. — Von Sehlen a constaté que le développement des cultures du trichophyton est entravé lorsqu'on y ajoute 1 0/0 de salicyle et d'ichthyol ; il cesse même complètement, si la concentration des parasiticides est plus considérable. Quant à l'addition de chrysarobine, elle reste sans effets sur la vitalité des cultures.

Von Sehlen en conclut que la pommade composée d'Unna (*R. S. M.*, XXXVI, 205) à la chrysarobine doit ses propriétés germicides essentiellement à l'acide salicylique et à l'ichthyol qui entrent dans sa composition et que c'est ainsi que s'expliquent les résultats thérapeutiques contradictoires auxquels sont arrivés ceux qui se sont servis de la pommade à la chrysarobine simple.

II. — Eddoves a traité avec le meilleur succès 45 cas de teigne tondante, par la pommade de chrysarobine composée d'Unna ; mais avant de l'appliquer, il faut nettoyer soigneusement le cuir chevelu avec de l'alcool, de l'éther, de l'esprit de savon, etc. C'est au traitement d'Unna que Hutchinson donne la préférence.

Kromayer croit que la chrysarobine agit surtout en provoquant une énergique prolifération épidermique suivie de l'exfoliation, sans phénomènes inflammatoires, des couches supérieures de l'épiderme ; mais il n'y a pas là d'action spécifique contre le champignon trichophytique.

Unna reconnaît que s'il est avéré que sans nuire à l'efficacité de la pommade on puisse en supprimer la chrysarobine ce sera un grand progrès.

J. B.

Recherches sur l'histologie pathologique de la pelade, par GIOVANNINI (*Annales de derm.*, *n°* 12, 1891).

L'auteur montre que la pelade débute par une infiltration leucocytique périvasculaire, qui atteint de préférence la partie inférieure des follicules. Bientôt les leucocytes envahissent le follicule, les gaines du poil et sa matrice. Les cellules en karyokinèse de la matrice du poil et des gaines radiculaires deviennent moins nombreuses et disparaissent. Les cellules de la matrice et du collet du poil comme aussi celles de la gaine radiculaire interne sont frappées de dégénérescence ; le pigment disparaît. La dissolution des cellules dégénérées entraîne la destruction du bulbe du poil et aussi celle de la gaine radiculaire tout entière ; le poil, privé de ses attaches, finit par tomber. Après sa chute, le follicule subit un certain degré d'atrophie, mais d'ordinaire, dans son intérieur, s'engendre un poil nouveau, qui subira les mêmes altérations régressives que le premier, et ainsi de suite, tant que durera l'infiltration leucocytique du poil. Dans l'intérieur des follicules infiltrées, on voit se développer ainsi tantôt des poils follets, tantôt des poils avec moelle très large. On rencontre parfois dans les gaines radiculaires des cavités

dues peut-être à des amas de liquide. Dans les pelades anciennes, les glandes sébacées s'atrophient et parfois même disparaissent; les glandes sudoripares sont parfois atteintes de dégénérescence colloïde.

F. BALZER.

De la phthiriase des paupières, par JULLIEN (*Gaz. des hôp.*, *n°* 5, 1892).

La phthiriase des paupières est causée par le phthirius inguinalis ou morpion. Les parasites sont très petits, difficiles à voir et causent peu de gêne et d'irritation. Ils peuvent être très nombreux, plus de 100 sur un seul bord palpébral. Les œufs sont fixés aux cils, près de leur origine. Le traitement parasiticide, qui réussit d'ordinaire à combattre la phthiriase inguinale, échoue souvent aux paupières. Le meilleur traitement consiste dans l'ablation mécanique des parasites et des lentes à l'aide d'une petite pince à griffes. F. BALZER.

Ringworm of the scalp... (Traitement de la teigne tondante par le sublimé, la kérosène et l'iodine), par KERLEY (*N. York med. journ.*, *p.* 396, 10 *octobre* 1891).

Onze cas de teigne tondante ont été traités par un mélange composé d'une solution alcoolique de sublimé, de kérosène et d'huile d'olive; on frictionnait les parties malades jusqu'à production d'une légère inflammation, puis on appliquait un pansement et on reprenait les frictions dès que l'inflammation avait disparu. La durée de la cure a varié de quatre à vingt-quatre semaines; elle ne dépassait pas, en moyenne, neuf semaines et demie.

Dans quinze cas, l'auteur a employé alternativement la solution saturée d'iodine dans l'alcool absolu et le mélange de kérosène et de sublimé. Chez quelques malades, la réaction inflammatoire a fait défaut et la guérison s'est trouvée retardée. La durée moyenne de la cure a été de six semaines et demie (trois semaines de moins que dans la première série); un enfant de cinq ans a guéri en quinze jours. L. GALLIARD.

On the value of antimony in various inflammatory affections of the skin, par JAMIESON (*Brit. Journ. of Derm.*, *septembre* 1891).

Jamieson a essayé de préférence à l'arsenic le tartrate d'antimoine dans un certain nombre d'affections cutanées, notamment dans la dermatite exfoliatrice généralisée, dans les eczémas érythémateux, humides, goutteux, dans la dermatite bulleuse, le lichen planus. Dans cette dernière maladie l'antimoine a déjà été employé autrefois avec succès par Hutchinson. Les doses moyennes étaient d'un huitième de grain trois fois par jour. L'auteur a obtenu d'excellents effets de cette méthode, parfois dès les deux ou trois premiers jours. La médication a été continuée dans un cas pendant quatre semaines; la moyenne de sa durée a été d'une semaine. F. BALZER.

Ueber das Tumenol bei Hautkrankheiten, par NEISSER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 45, *p.* 1238, 1891).

Depuis deux ans Neisser emploie le *tuménol* (ce mot vient de *bitume*) pour calmer le prurit et pour guérir l'eczéma. Ce corps est extrait d'une

huile minérale, comme l'ichthyol, mais il ne doit pas ses propriétés thérapeutiques, comme ce dernier, à sa combinaison avec le soufre ; il les doit à son pouvoir réducteur, à son coefficient élevé d'oxydation, à sa résorption facile.

Le tuménol du commerce est un corps noir, assez odorant, qui contient deux choses : le tuménol sulfoné ou huile de tuménol et l'acide tuménosulfonique qu'on peut obtenir à l'état de poudre et qui seul est soluble dans l'eau.

C'est à cet acide que le tuménol est redevable de sa solubilité dans l'eau. Le tuménol est également soluble dans un mélange d'éther sulfurique et d'eau ou d'éther sulfurique et de glycérine à parties égales, ce qui constitue une teinture à 10 0/0. On peut l'employer encore en pommades de toutes sortes, en pâtes, en emplâtres.

Les compresses humides d'eau tuménolée donnent de bons résultats dans l'eczéma aigu récidivant. La pâte est utile pour les surfaces ulcérées, celles du lupus par exemple, et aussi dans l'impétigo ; elle a rendu service dans deux cas de pemphigus grave. Les dermatoses sèches, squammeuses, avec lésions de grattage, sont modifiées avantageusement par les teintures de tuménol. Les surfaces eczémateuses ulcérées peuvent être saupoudrées de tuménol après onction avec un corps gras.

D'une façon générale, le tuménol dessèche les surfaces humides et suintantes ; il a une action irritante très faible ; il calme d'une façon remarquable les démangeaisons, même celles des diverses variétés de prurigo. Il n'exerce aucune action sur les parasites ; il n'est ni antiseptique ni toxique. L. GALLIARD.

Éruptions causées par le mercure et la térébenthine, par BÜRTZEFF (*Brit. Journ. of Derm.*, *décembre* 1891).

L'auteur a vu chez un syphilitique une éruption papuleuse et érythémateuse rapidement produite par une friction mercurielle. La même éruption reparut encore à la suite d'injections mercurielles hypodermiques, et enfin une troisième fois après l'usage interne du mercure. Outre ce cas remarquable d'idiosyncrasie, le même auteur signale à la suite d'une friction d'un mélange de térébenthine et de chloroforme employée pour combattre le lumbago la production d'un érythème étendu, avec sueurs profuses, petitesse du pouls ; les accidents cessèrent graduellement en douze heures. F. BALZER.

I. — La syphilis cérébrale héréditaire précoce. Formes anatomiques et cliniques, par d'ASTROS (*Marseille médical*, *n°* 17, *p.* 789, 1891).

II. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon, par d'ASTROS (*Marseille médical*, *n°* 17, *p.* 801, 1891).

I. — La syphilis cérébrale héréditaire précoce, c'est-à-dire se montrant dans les premiers mois de l'existence, est loin d'être fréquente. La méningite ne se montre guère qu'après deux ans ; les gommes sont relativement tardives. Quelques faits démontrent que l'artérite peut être une manifestation précoce de l'hérédo-syphilis. Mais la forme par excellence de la syphilis cérébrale héréditaire des nouveau-nés est l'épendymite syphilitique ou syphilose ventriculaire. Au point de vue clinique, on note des convulsions, des contractures, des tremblements, du strabisme et surtout le développement rapide d'une hydrocéphalie précoce. Au point

de vue anatomo-pathologique, on constate une infiltration embryonnaire diffuse de l'épendyme et de la portion intra-ventriculaire des corps opto-striés.

II. — Une enfant, née le 24 octobre de parents inconnus, paraissant saine, est mise en nourrice le 5 novembre, et présente en décembre les caractères d'une hydrocéphalie; le 10 février, on constate des plaques muqueuses et on la sépare de la nourrice, qui a néanmoins un chancre du sein peu de jours après. L'enfant meurt le 3 mars.

A l'autopsie : hydrocéphalie; encéphale rudimentaire dépourvu des parties médianes interhémisphériques (corps calleux et trigone); couches optiques réduites à de simples renflements mamelonnés non soudés aux corps striés; circonvolutions rudimentaires.

L'influence dystrophique a dû débuter au moins au quatrième mois de la vie intra-utérine, époque à laquelle se fait la soudure qui réalise le corps opto-strié. L'action infectieuse ne s'est manifestée qu'à l'âge de 3 mois et demi de la vie extra-utérine. Il est bien improbable qu'une syphilis assez infectieuse pour produire des lésions spécifiques dès les premiers mois de la vie intra-utérine n'eût pas causé un avortement. Les malformations cérébrales sont donc purement dystrophiques, ce que confirme l'absence de lésion démontrée à l'autopsie. LEFLAIVE.

Die Syphilis des Gehirns und ihre Beziehung zu anderen Erkrankungen des Nervensystems (De la syphilis cérébrale et de ses rapports avec les autres maladies du système nerveux), par TARNOWSKY (*Archiv für Derm. und Syph.* 1891).

L'auteur combat la tendance actuelle qui consiste à faire jouer à la syphilis un rôle considérable dans l'étiologie des maladies du système nerveux. Il fait remarquer que la plupart des maladies, aussi bien les maladies de la peau que celles du système nerveux, peuvent évoluer chez les syphilitiques sans perdre leurs allures caractéristiques. Chez les tabétiques des accidents syphilitiques indéniables peuvent survenir et évoluer comme chez les autres malades. Le traitement spécifique a conservé son action sur ces accidents, mais non sur le tabes, qui a été plus souvent aggravé, d'après les observations de l'auteur, ou bien qui, dans d'autre cas, s'est amélioré sans traitement spécifique. La syphilis n'agit dans l'étiologie de la paralysie générale et du tabes que par son influence déprimante, et seulement chez les sujets prédisposés dès la naissance.

Sur 100 malades atteints de syphilis cérébrale, 43 étaient alcooliques, 29 étaient neurasthéniques ou prédisposés par hérédité nerveuse, 5 avaient subi des traumatismes craniens, 6 avaient subi un surmenage intellectuel. 23 malades seulement ne présentaient aucune tare; Tarnowsky fait remarquer que l'évolution de la syphilis cérébrale fut plus favorable chez eux que chez les autres. Pour lui, d'ailleurs, le pronostic de la syphilis cérébrale n'est pas aussi absolument mauvais qu'on le croit. Il cite des cas graves avec aphasie, hémiplégie, perte de la mémoire, etc., qui ont cédé au mercure et à l'iode, et dans lesquels la guérison s'est maintenue pendant plus de dix ans, grâce à un traitement prolongé. F. BALZER.

Enquête sur la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel, par FOURNIER (*Bull. de la Soc. franç. de derm., décembre* 1891).

Cette enquête a porté sur 321 cas d'ataxie locomotrice chez des syphilitiques : 24 sont devenus tabétiques sans avoir jamais pris de mercure; le nombre des syphilitiques aboutissant au tabes suit une progression descendante à mesure que le traitement devient plus long. Par exemple, 22 malades ont abouti au tabes après des traitements courts, entre quelques jours et un an, tandis qu'un seul a subi le même sort après un traitement de 2 à 4 ans. Le mercure n'est donc pas tabétogène. Pourtant le tabes peut apparaître en dépit des traitements rationnels et prolongés. Il faut tenir compte alors dans l'étiologie du tabes des causes telles que le surmenage nerveux, l'hérédité nerveuse. Chez ces sujets, une hygiène spéciale doit venir en aide au traitement spécifique, car l'iodure de potassium et le mercure sont trop souvent insuffisants. L'auteur donne à ce point de vue les conclusions suivantes qui dérivent de sa pratique : 1° dans la syphilis cérébrale, succès parfois remarquables, mais revers en somme plus nombreux que les guérisons ; 2° dans la syphilis médullaire, les insuccès dominent; 3° dans le tabes, la guérison est exceptionnelle; 4° dans la paralysie générale, autant d'échecs que de cas.

F. BALZER.

Étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive, par ANGLADE (*Thèse de Paris*, 1891).

En recherchant avec soin la syphilis dans les antécédents des aliénés paralytiques observés à l'asile de Bordeaux pendant deux ans, l'auteur l'a relevée dans la proportion de 81.8 0/0, en ne tenant compte que des cas certains. Les affections autres que la paralysie générale observées dans le courant de ces deux ans ne se rencontrent avec la syphilis que dans la proportion de 12 0/0. La fréquence de la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale est donc frappante et autorise à admettre une relation de cause à effet. L'examen des faits cliniques, pas plus que celui des lésions, n'autorise à dénier à la syphilis le pouvoir de donner naissance au complexus morbide de la paralysie générale.

F. BALZER.

Syphilis conceptionnelle, par GODINHO (*Thèse de Paris*, 1891).

La syphilis conceptionnelle existe, due à la contamination de la mère par le fœtus créé syphilitique par le père, sans accident primitif, sans adénopathie primitive. C'est une syphilis générale d'emblée. Tantôt elle est précoce, et les signes de la période secondaire apparaissent pendant la grossesse ou peu après l'accouchement. Tantôt elle est tardive ; les signes n'apparaissent que quelques années après la contamination. Ils sont alors précédés d'une période de syphilis latente. Précoce ou tardive, la syphilis conceptionnelle revêt souvent des allures légères qu'il est parfois difficile de reconnaître.

F. BALZER.

Ueber einige durch Syphilis hervorgerufene Veränderungen... (De quelques altérations du système nerveux causées par la syphilis et de la pathogénie du tabes), par MARINESCO (*Wien. med. Wochenschr.*, nos 51 *et* 52, 1891).

Les altérations vasculaires que l'on observe chez les syphilitiques ont

les unes le type inflammatoire, les autres le type dégénératif; celles-ci consistent en un épaississement hyalin des parois avec oblitération partielle. Les lésions du tissu nerveux tantôt sont secondaires à celles des vaisseaux; tantôt elles sont primitives, et résultent de l'action directe du poison syphilitique.

Dans le cordon de Goll, les lésions sont toujours primitives. Le plus souvent elles intéressent tout le cordon postérieur et suivent une marche progressive. Cette forme de tabes syphilitique purement dégénératif peut être produite par d'autres intoxications, mais moins souvent que par la syphilis.

La dégénérescence des tubes nerveux résulte vraisemblablement d'une lésion primitive des centres, de la même façon que d'autres poisons altèrent tout d'abord les ganglions et n'agissent sur les filets nerveux que secondairement.

Au point de vue anatomique, il existe en outre une forme hyperplasique de tabes syphilitique qui est guérissable (pseudo-tabes, myélite syphilitique des cordons postérieurs). LEFLAIVE.

I. — Syphilis hereditaria tarda oder Diphtherie? par G. LEWIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 28, *p.* 710, 13 *juillet* 1891).

II. — Lésions ulcéreuses d'origine typhoïdique chez un syphilitique, par HELLER (*Idem*, *p.* 711).

I. — Sourd-muet, âgé de 20 ans; bien portant jusqu'à l'âge de 9 ans, où il eut une scarlatine et une diphtérie grave pour lesquelles il resta alité pendant six mois; bientôt il fut pris d'enrouement croissant. A 13 ans, il aurait eu une récidive de diphtérie compliquée de perforation de la voûte palatine et d'une destruction du voile du palais. Depuis lors, grande émaciation. Etat actuel : hémiplégie faciale droite avec lagophtalmie. Perforation du palais osseux. Absence de luette; soudure du voile palatin et des piliers antérieurs et postérieurs à la paroi postérieure du pharynx. Les bords de la perforation palatine sont encore ulcéreux. Aucune trace d'amygdales. Épiglotte recouverte de végétations sur ses deux faces. Muqueuse laryngée tapissée de mucosités purulentes. Hypérémie intense du fond de l'œil droit. Les deux conduits auriculaires externes sont oblitérés, à moins d'un centimètre de profondeur, par une membrane légèrement infundibuliforme en dedans. L'otoscopie provoque de violentes quintes de toux. Rien dans la poitrine, dans l'abdomen ou aux organes génitaux. Lewin, vu la gravité et l'étendue des lésions, les rapporte à une syphilis héréditaire tardive plutôt qu'à la diphtérie.

Dans la discussion, Kœbner fait remarquer que le processus morbide n'est pas terminé. Il y a encore de vastes ulcérations, non seulement sur la voûte et le voile du palais, mais aussi au niveau des nasaux à leur face profonde. La persistance de ces ulcérations non cicatrisées depuis plus de dix ans suffit pour exclure l'idée de leur origine diphtéritique.

II. — Homme ayant eu, en 1866, une fièvre typhoïde grave durant la convalescence de laquelle, à la suite de douleurs de gorge, il cracha des fragments de tissus qu'on reconnut provenir du voile palatin et de la luette; une partie des aliments refluait par le nez. Douze ans plus tard, infection par la syphilis; avortements multiples de la femme.

État actuel. A la jambe, deux vastes ulcérations, dont la plus petite a les dimensions d'une main d'homme; d'après leur aspect, il s'agit de gommes ulcérées. Pléiade ganglionnaire inguinale. Cicatrices rayonnantes sur le

tronc; périostite du tibia. Tache pigmentée dans le sillon de la couronne du gland. Absence complète du voile palatin, de la luette, ainsi que des quatre piliers; un trou de la grandeur d'une pièce de 2 marcs fait communiquer le nez et le pharynx. Sur la paroi pharyngée postérieure, ulcération syphilitique caractéristique ayant les dimensions de 1 marc. J. B.

Pleurésie syphilitique primitive, par PREETORIUS (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, septembre* 1891).

La pleurésie syphilitique primitive est loin d'être une rareté pathologique. Elle se développe lentement sans points de côté, sans toux, sans expectoration, sans fièvre, et ne donne pas lieu à un épanchement. Elle semble attaquer de préférence le sommet et la partie moyenne du poumon.

La pleurésie syphilitique est un symptôme tertiaire assez précoce. L'iodure de potassium agit sur elle comme spécifique. Bien que le mercure semble peu efficace, il est nécessaire pour assurer la guérison et éviter les récidives.

Dans un post-scriptum, l'auteur insiste sur les différences qui existent entre la pleurésie syphilitique tertiaire et celle que l'on observe dans la période roséolique (Chantemesse et Widal). Cette dernière a une marche plus aiguë, ce qui tient sans doute à l'âge moins avancé de la maladie.

LEFLAIVE.

Un cas de syphilis maligne précoce, par BROUSSE (*Annales de derm.*, n° 12, 1891).

Un homme âgé de 36 ans contracte un chancre au mois de janvier 1889, qui guérit rapidement; moins de vingt jours après, il présente une éruption de rupia aux cuisses et aux genoux. Cette éruption de rupia récidive cinq fois dans l'espace de deux ans. Le malade est amené à une cachexie profonde. Il entre à la cinquième récidive à l'hôpital de Montpellier, où il guérit par les toniques et le traitement mixte. F. BALZER.

Beiträge zur Kenntniss der syphilitischen Gelenkkrankheiten (Recherches sur la syphilis articulaire), par RASCH (*Archiv f. Derm. und Syph., XXIII*, 1).

La chondro-arthrite syphilitique peut être caractérisée anatomiquement par des ulcérations dont les bords présentent parfois des excroissances villeuses, et aussi par des cicatrices blanches, rayonnées et déprimées, probablement consécutives aux ulcérations. Celles-ci seraient causées par des gommes, ainsi que l'a admis Virchow. Il y a souvent en même temps ostéite et ostéo-myélite syphilitique. Les symptômes subjectifs sont souvent peu accusés; la douleur est peu intense et peu exaspérée par les mouvements. L'auteur rapporte un cas où il a observé de la contracture. Dans deux cas d'arthrite syphilitique du genou, la guérison fut le résultat du traitement spécifique. F. BALZER.

Des myopathies syphilitiques (contracture du biceps), par PROST (*Thèse de Paris*, 1891).

La contracture du biceps s'établit d'une manière insidieuse; bientôt le muscle durcit et se tend; l'avant-bras est fléchi sur le bras. Il y a de la douleur au pli du coude, quelquefois aussi à l'insertion du triceps. L'ex-

tension est impossible sans douleurs vives; la flexion est facile. Cette situation peut se prolonger pendant très longtemps si l'on n'administre le traitement : c'est l'iodure de potassium qui réussit le mieux à faire disparaître cette contracture. L'auteur l'explique par une myosite. F. BALZER.

Amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques, par VIENNOIS (*Annales de derm.*, nos 8-9, 1891).

Il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire tardive ; à l'âge de 8 ans, apparition à la partie inférieure de la jambe gauche de gommes qui se montrent de nouveau à 13 ans, à 20 et à 32 ans; excellente santé dans l'intervalle. Les dernières gommes débutent sur le dos des deuxième et troisième orteils du pied gauche à 32 ans et amènent leur chute au bout de 6 ans. En même temps large ulcération serpigineuse de l'extrémité antérieure du pied.

Le malade resta sans traitement spécifique jusqu'à l'âge de 43 ans. Ce traitement institué à ce moment demeura d'abord inefficace à cause des mauvaises conditions hygiéniques du malade. Repris dans de meilleures conditions et le malade étant au repos, le traitement amène la cicatrisation en vingt-huit jours.

L'auteur rapporte encore deux autres observations analogues.

F. BALZER.

De l'excision du chancre syphilitique, par Ed. WICKHAM (*La Médecine moderne*, 5 *mars* 1891).

Plaidoyer contre l'excision du chancre : pour l'auteur, aucune des observations publiées n'est pleinement démonstrative de l'efficacité de l'opération, et, de plus, il ne suffit pas de citer des faits dans lesquels l'excision n'a pas été suivie d'accidents secondaires, car des observateurs compétents ont vu des sujets qui, suivis pendant un temps assez long après le développement d'un chancre manifestement syphilitique non excisé, n'ont présenté aucune trace de ces accidents secondaires. GEORGES THIBIERGE.

I. — Contribution à l'étude de l'excision du chancre induré, par BRANDÈS (*Thèse de Paris*, 1891).

II. — De l'excision du chancre syphilitique au point de vue pratique, par Alex. RENAULT (*Annales de derm., janvier* 1891).

I. — L'auteur émet des doutes sur la valeur des résultats de l'excision du chancre. Il rapporte une observation dans laquelle l'excision a été pratiquée dix heures après l'excision du chancre survenu après une incubation de 42 jours ; un mois après, roséole, alopécie, plaques muqueuses, céphalée. Cette excision a paru également sans influence sur la marche de la syphilis. L'auteur n'est partisan de l'excision qu'au point de vue du résultat local : suppression d'une ulcération infectieuse transformée en plaie simple.

II. — L'auteur combat résolument l'excision du chancre syphilitique. Selon lui, il n'y a pas encore de faits démonstratifs à l'appui de cette méthode. Dans le cas de longue incubation des accidents secondaires, elle peut donner au malade une sécurité trompeuse, faire négliger le traitement, pousser à des mariages qui ne devraient pas avoir lieu.

F. BALZER.

Ueber die Häufigkeit unangenehmer Nebenwirkungen verschiedener Mercurialien (Fréquence relative des accidents consécutifs à l'usage de diverses préparations mercurielles), par STREFFER (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 5).

Les recherches de l'auteur, faites à la clinique des maladies syphilitiques de Würzbourg, ont porté sur 453 malades traités par diverses préparations mercurielles. Les accidents observés ont été la stomatite, la dysenterie, les troubles cérébraux. Les injections intra-musculaires de salicylate et de thymol-acétate de mercure ont été bien tolérées. En fait de préparations solubles, la mieux tolérée a été le peptonate. Les accidents gastro-intestinaux sont fréquents à la suite de l'usage interne des mercuriaux. Chez les enfants, la méthode des frictions paraît l'emporter sur les autres modes de mercurialisation, usage interne du calomel, bains de sublimé et injections de sublimé. F. BALZER.

L'uso del calomelano per la via endermica nella cura della sifilide, par A. RUATA et R. BOVERO (*Giornale della Accad. di medicina di Torino*, *p.* 262, *mai* 1891).

Les auteurs recommandent les frictions faites avec une pommade composée de 1 partie de calomel pour 4 parties de lanoline et 1 partie de beurre de cacao; ces frictions doivent être répétées de 5 à 7 fois, en employant chaque fois 50 à 60 centigrammes de calomel. Les accidents secondaires disparaissent en 14 à 28 jours, sous l'influence de ce traitement. Les frictions de calomel ne sont pas douloureuses, ne nécessitent pas le séjour au lit et ne provoquent jamais d'abcès, comme cela peut arriver avec les injections de calomel. Elles sont plus propres, plus faciles à dissimuler que les frictions d'onguent gris, ne provoquent pas comme celle-ci de lésions irritatives locales et ne s'accompagnent pas de stomatite. GEORGES THIBIERGE.

Du microbe spécifique du chancre mou, par R. KREFTING (*Nodiskt med. Arkiv*, *XXIII*, 32).

Les recherches de Krefting ont porté sur 14 malades; les inoculations ont été faites en séries, à 7 ou 8 générations, bien protégées antiseptiquement. Sur une centaine de pustules, il a toujours trouvé un bacille ressemblant à celui décrit par Ducrey, court, gros, en haltère, de 1.50 à 2 μ; ce bacille se trouve de préférence dans les cellules mêmes. On rencontre en même temps des diplocoques, des staphylocoques.

Le pus d'un bubon non chancreux ne contenait pas de bacilles. K. n'a pas eu l'occasion d'examiner de bubon virulent. A. CARTAZ.

I. — Zur Lehre von der Gonorrhœ, par WERTHEIM.

II. — Die gonorrhoische Infection und ihre Behandlung, par BUMM (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 30, *p.* 757, 27 *juillet* 1891).

I. — Contrairement aux opinions courantes, Wertheim assure que le gonocoque se cultive facilement à l'état de pureté dans le sérum sanguin de l'homme; ces cultures sont encore vivaces 4 ou 5 semaines après l'ensemencement.

Il prétend en outre que le gonocoque peut provoquer une péritonite et qu'il pénètre dans le tissu conjonctif.

II. — Bumm conteste énergiquement les résultats des recherches de Wertheim et met en doute la pureté de ses cultures. Il maintient de plus ses affirmations antérieures que le vagin n'offre pas un terrain propice à l'établissement des gonocoques et que dans la plupart des cas l'orifice interne du col utérin oppose un obstacle à leurs migrations. Il n'a constaté d'affection des annexes utérines que dans 3 pour cent des cas de gonorrhée.

En ce qui touche le traitement, Bumm est défavorable aux injections qui peuvent pousser les gonocoques au delà de l'orifice interne du col. J. B.

I. — Gibt es eine Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen (Existe-il une vaginite gonorrhéique chez la femme?), par WELANDER (*Archiv für Derm. und Syph., XXIV*, 1).

II. — Sur la gonorrhée de la femme, par DOHRN (*Arch. f. Derm. und Syph., XXIV*, 1).

I. — On a soutenu, d'une manière trop absolue, que le vagin ne pouvait pas être primitivement envahi par le gonocoque.

Welander rapporte l'observation d'une femme qui fut infectée par son mari encore atteint de blennorragie subaiguë, lors des premières tentatives de coït. La membrane hymen n'était pas encore déchirée. Après avoir nettoyé les organes génitaux externes, on introduisit avec précaution une sonde dans le vagin. Cette sonde ramena des cellules de pus, très peu de cellules épithéliales et un grand nombre de gonocoques; les autres microbes du vagin étaient peu nombreux. Ils reparurent au bout d'un certain temps, quand l'inflammation fut un peu apaisée, tandis qu'au contraire les gonocoques avaient beaucoup diminué. Le col de l'utérus, que l'on put examiner à ce moment, ne contenait pas de gonocoques. Il s'agissait donc bien d'une vaginite à gonocoques.

L'auteur a observé encore d'autres cas du même genre chez des femmes jeunes qui avaient contracté la vaginite lors des premiers rapports sexuels.

II. — L'auteur a examiné 3,000 malades et a trouvé la blennorragie 105 fois. Le gonocoque n'est pas un critérium absolu, car il existe des pseudo-gonocoques, et d'autre part l'examen ne peut porter sur tous les points que peut atteindre le gonocoque. La blennorragie chronique de la femme est une affection grave qui peut conduire au marasme, qui peut nécessiter l'ablation des trompes et des ovaires. Dans l'endométrite, les cautérisations de nitrate d'argent à 1 0/0 sont conseillées; elles seront suivies d'une injection intra-utérine de sublimé à 1 0/00.

F. BALZER.

Sur l'époque et la cause du passage de la gonorrhée à l'urètre postérieur, par HEISSLER (*Archiv f. Derm. und Syph., XXIII*, 5).

L'urètre postérieur est atteint de bonne heure dans la blennorragie, dans la première semaine, pour 20 0/0 des cas; dans la seconde, pour 34 0/0; dans la troisième semaine, 14 0/0. Les efforts, les fatigues professionnelles hâtent ce passage. L'auteur leur attribue plus d'influence qu'aux injections. Le sphincter urétral est une barrière insuffisante pour empêcher l'envahissement de l'urètre postérieur. L'extension de

la blennorragie ne se fait pas suivant une marche régulière en trois semaines, jusqu'à l'urètre postérieur. Cette marche peut être beaucoup plus rapide, même sans transport direct du pus par les injections ou la sonde. F. BALZER.

Contribution à l'étude des manifestations spinales au cours de la blennorragie, par SPILLMANN et HAUSHALTER (*Revue de médecine*, 10 *août* 1891).

Les observations des deux malades qui font l'objet de ce mémoire semblent calquées l'une sur l'autre ; elles peuvent se résumer de la façon suivante : deux jeunes femmes, affectées de vaginite blennorragique dans le dernier mois de leur grossesse présentent à brève échéance la série suivante de symptômes : arthropathie très douloureuse des genoux, douleurs lancinantes, fourmillements, hyperesthésie douloureuse, profonde, dans les membres inférieurs, atrophie rapide des muscles, paraplégie ; troubles trophiques de la peau, œdème, état lichénoïde et squameux, eschare sacrée médiane, à développement rapide ; pas de trouble des sphincters. L'accouchement a lieu normalement au milieu de ce cortège de symptômes ; mais les accidents persistent à l'état aigu pendant plusieurs semaines ; puis les phénomènes douloureux et parétiques s'amendent et disparaissent, la nutrition de la peau se rétablit ; seules survivent des arthropathies définitives des genoux avec atrophie des muscles, mais les muscles atrophiés eux-mêmes deviennent plus fermes et plus résistants, les lésions articulaires entravent les mouvements dans les membres inférieurs.

Les auteurs passent en revue les principales théories pour expliquer le développement des manifestations spinales au cours de la blennorragie : 1° méningo-myélite aiguë (Hayem) ; 2° subordination de la paraplégie aux manifestations articulaires (paraplégie réflexe. — Charcot); 3° subordination des manifestations articulaires à la paraplégie (arthropathies des myélites aiguës) ; 4° névrites périphériques. Ils discutent le pour et le contre et, sans se prononcer formellement, semblent pencher du côté de la méningo-myélite ou de la névrite périphérique ; peut-être même la cause morbide avait-elle agi simultanément sur les deux éléments. C. GIRAUDEAU.

Du mercure administré à l'inférieur dans les artropathies blennorragiques, par MOREL-LAVALLÉE (*Bull. de la Soc. de derm., avril* 1891).

Chez deux syphilitiques atteints de rhumatisme blennorragique très tenace, l'auteur a obtenu la guérison des arthropathies par un traitement mercuriel interne, 10 centigrammes de protoiodure de mercure par jour. Il se demande s'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence ou s'il ne faut pas admettre une action directe et spéciale du traitement mercuriel.

F. BALZER.

Un cas de périostite et de synovite tendineuse, d'origine blennorragique, par OZENNE (*Bull. Soc. de dermat., mars* 1891).

Jeune homme de 25 ans, atteint depuis quelques jours d'une blennorragie subaiguë. Pas d'antécédents syphilitiques, ni rhumatisants. Sans cause connue, apparaissent à la partie inférieure de la jambe des douleurs et, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, une saillie occupant la face antéro-interne du tibia, sous forme d'une tuméfaction dure, large, aplatie, immobile et d'une étendue de 2 à 3 centimètres carrés ; elle fait manifestement corps avec l'os. En dehors, gonflement mal délimité sur

le trajet des extenseurs du pied; la pression est douloureuse sur ces différents points, et les mouvements du pied font percevoir un frottement sec et doux, en regard des tendons musculaires. Articulation intacte. Guérison rapide sous l'influence du repos et de la compression ouatée. O.

La pulvérisation phéniquée dans le traitement de l'orchite blennorragique, par THIÉRY et FOSSE (*Gaz. méd., Paris*, 31 *octobre* 1891).

La pulvérisation phéniquée a un triple mode d'action qui en fait un antiseptique, un analgésique et un résolutif. Elle amène rapidement dans la plupart des cas la sédation de la douleur et hâte la résolution. Remplaçant avantageusement les topiques ordinairement employés, elle ne donne lieu à aucun accident et elle réduit la durée de l'affection. C'est une méthode innocente et efficace. OZENNE.

Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie par les balsamiques et particulièrement de son traitement local par un nouveau balsamique, le rétinol, par DUBOIS (*Thèse de Paris*, 1891).

L'auteur a entrepris le traitement local direct de la blennorragie par les balsamiques et particulièrement par le rétinol déjà étudié à ce point de vue dans la thèse de Barbier (1890). Il a employé les injections de rétinol pur ou additionné de diverses substances. Les injections de rétinol salolé à 10 ou 15 0/0 n'amènent pas la guérison complète de la blennorragie; toutefois, elles modifient favorablement les caractères de l'écoulement. Celui-ci n'est supprimé que par la médication interne par les balsamiques. Ces injections ont toujours été bien tolérées, sans produire de complications : il y a avantage à les prescrire tièdes. Les injections de rétinol au copahu à 5 0/0 sont moins efficaces que les injections de rétinol salolé et sont plus irritantes. Il en est de même des injections de rétinol créoliné à 1 0/0. Les injections de rétinol additionné de dermatol à 5 0/0 sont bien tolérées, mais n'arrivent pas à elles seules à supprimer l'écoulement. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Hospitals and asylums of the world : their origine, history.... par Henry C. BURDETT (4 *vol. in*-8°, *Londres* 1891).

En parcourant les deux premiers volumes, les seuls parus à ce jour, de cet important ouvrage, on croira sans peine l'auteur quand il dit qu'il a passé près de douze ans à rassembler les matériaux de son travail. C'est en effet l'histoire complète du traitement des aliénés depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours; l'étude détaillée des asiles de l'Europe et du nouveau monde, des conditions dans lesquelles ces asiles sont installés dans chaque contrée, de la législation spéciale à chaque pays. Il est impossible de trouver réuni un ensemble plus com-

plet de documents sur cette question. L'auteur a visité la plupart des hospices de l'Europe, des colonies anglaises et de l'Amérique ; il a recueilli lui-même les indications statistiques et a pu de la sorte composer un monument sans rival sur ce sujet spécial.

Le premier volume comprend avec l'histoire du traitement ancien et actuel des aliénés, l'étude détaillée des divers asiles, le chiffre des malades internés par pays et par hospice, les statistiques générales, etc. Il ne s'agit pas là d'une énumération stérile. B... montre par des termes de comparaison ce qu'il y aurait à faire pour arriver à des résultats plus parfaits, dans quels asiles et dans quels pays se trouvent réalisées les meilleures conditions d'hospitalisation et de traitement.

Le second volume vise plus spécialement les conditions d'aménagement des asiles ; constructions, dépendances, installation générale et particulière, tout est longuement passé en revue. De nombreux plans des principaux asiles permettent de vérifier rapidement les critiques de l'auteur. C'est un volume qui s'adresse autant aux architectes qu'aux médecins, et toute construction d'asiles nouveaux ne devra être mise en œuvre qu'après étude de ces documents si instructifs.

Il est difficile de donner un aperçu de la valeur de cet ouvrage et d'apprécier, comme elle le mérite, toute l'importance d'un travail aussi colossal. On en aura une idée en jetant un coup d'œil sur l'index bibliographique qui ne vise que les documents généraux, histoire, législation, traitement général : il ne comporte pas moins de 60 pages in-8° à deux colonnes. C'est une œuvre de bénédictin dans laquelle l'aliéniste et le législateur n'auront aucun embarras pour trouver tout ce qui touche à ces questions si complexes au double point de vue social et médical. A. CARTAZ.

On the weight of the brain in the insane, with reference to the hemispheres, lobes, and cerebellum, par A. MERCIER (*Journ. of ment.sc., avril* 1891).

Travail comprenant 400 pesées de cerveau, rempli de chiffres et augmenté de nombreux graphiques. Il montre quelle diminution peut subir la substance cérébrale, surtout dans le lobe frontal, diminution qui est particulièrement prononcée chez les femmes. Sous le rapport du poids, la paralysie a très peu d'influence sur le cervelet et sur le tronc du cerveau, c'est-à-dire sur cette partie du cerveau qui reste lorsqu'on en a enlevé le manteau. Dans la paralysie, le lobe frontal droit semble subir une plus grande perte de poids que le lobe gauche, et ce fait est surtout prononcé dans les cas d'atrophie. L'hémisphère droit est le plus souvent supérieur en poids à l'hémisphère gauche dans la paralysie et chez les autres malades. L'inégalité de poids des parties symétriques du cerveau est en général plus prononcée dans la région occipitale que dans la région frontale. L'égalité des lobes frontaux se rencontre particulièrement chez les malades autres que les paralysés. DESCOURTIS.

Klinische Untersuchungen über... (Sur la sécrétion d'acide chlorhydrique dans les maladies mentales et nerveuses), par LEUBUSCHER (*Centralbl. f. klin. Med.* 1891, *n°* 28, *Beilage p.* 70, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 549, 1er *juin* 1891).

Von Noorden (*R. S. M.*, XXXI, 620) avait signalé, dans la mélancolie,

une augmentation de sécrétion de l'acide chlorhydrique, mais Placrek était arrivé à un résultat inverse. Ces recherches doivent être faites à la suite d'un repas toujours le même (Leubuscher administre de la viande), et à l'analyse qualitative doit se joindre le dosage.

Chez les mélancoliques, la proportion d'acide chlorhydrique du suc gastrique est tantôt accrue, tantôt diminuée; mais dans la moitié des cas, elle est normale.

Chez les maniaques, on constate une légère augmentation.

Dans le délire systématisé et dans l'alcoolisme chronique, la teneur est en général normale.

Les paralytiques généraux offrent, d'un moment à l'autre, des variations considérables dans la richesse de leur suc gastrique en acide chlorhydrique et il n'y a pas de règle uniforme pour cette maladie; la déchéance physique et intellectuelle de ces malades s'accompagne d'une diminution considérable ou même d'une disparition de l'acide chlorhydrique.

Chez les morphinomanes, on note régulièrement une diminution de cet acide.

Chez les neurasthéniques, au contraire, il est généralement plus abondant qu'à l'état normal.

Les phases de violente agitation motrice semblent amener une légère augmentation de l'acide; en revanche, les alternatives de dépression et d'exaltation ne paraissent pas avoir d'influence à cet égard. J. B.

Ricerche su alcune sensibilità nei pazzi, par L. RONCORONI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 769, *septembre* 1891).

2,4 0/0 des aliénés seulement ne présentent aucun trouble de la sensibilité. Le sens musculaire et le sens topographique sont presque constamment normaux, sauf chez les paralytiques. L'ouïe est, le plus souvent, indépendamment d'altérations acquises, obtuse chez 35 0/0 des aliénés. Il semble y avoir souvent une sorte de dissociation des sensations gustatives. Les altérations du goût et de l'odorat sont fréquentes chez les aliénés, mais on ne peut en établir la proportion exacte. La plus forte proportion des troubles de la sensibilité s'observe dans l'épilepsie, puis dans la mélancolie, la proportion la plus faible dans la manie. Le degré d'obtusité des sensibilités tactile, générale et à la douleur est directement proportionnel au nombre des caractères de dégénération. Les sensibilités qui, relativement au degré de finesse qu'elles présentent chez un même individu, conservent entre elles le rapport le plus constant sont la sensibilité tactile, la sensibilité générale et la sensibilité à la douleur. Ce sont les épileptiques du sexe masculin qui sont le plus souvent gauchers. GEORGES THIBIERGE.

Cancer in its relations to insanity, par H. SNOW (*Journ. of ment. sc., octobre* 1891).

Le cancer est rare chez les aliénés. Chez les sujets atteints d'affaiblissement congénital des facultés mentales, il semble faire à peu près totalement défaut. Il n'augmente pas de fréquence chez les aliénés, et ce fait est important à connaître, car il y a des personnes qui considèrent le cancer comme une maladie qu'entraîne avec elle la civilisation et due

pour une grande part à des émotions de nature dépressive. Enfin, le cancer ne précède et ne cause que rarement de trouble mental, quand il ne s'est pas développé de tumeur cérébrale DESCOURTIS.

La folie et la fièvre typhoïde, par J. GLOVER (*Thèse de Paris*, 1891).

Glover montre que les maladies infectieuses aiguës exercent une influence révélatrice manifeste sur le développement de la folie. Cette influence ne s'exerce que chez les individus qui ont une prédisposition due à l'existence d'antécédents d'hérédité. Elle se manifeste de deux façons différentes. Dans un premier cas, il ne se produit qu'une exagération des phénomènes cérébraux aux différentes périodes de la maladie, surtout pendant la convalescence, avec systématisation plus ou moins précise du délire. Dans un second cas, non seulement les troubles cérébraux aux différentes périodes de la maladie infectieuse aiguë sont plus prononcés, mais on peut observer après la guérison et ultérieurement l'apparition d'une véritable psychose (la psychose post-typhoïde antérieure). Or la psychose post-typhoïde ne diffère en rien de la folie puerpérale, scarlatineuse. Elle peut se développer chez le prédisposé héréditaire à la suite de toutes les maladies aiguës. Elle se manifeste soit immédiatement après la maladie aiguë, soit un certain temps plus tard. Le délire post-typhoïde n'affecte aucune forme déterminée et toujours la même d'aliénation. Son pronostic est grave. DESCOURTIS.

Mania and melancholia, par MACPHERSON (*Journ. of ment. sc., avril* 1891).

Les perceptions et les idées, quels que soient leur origine et leur caractère, produisent seulement deux sortes d'émotions, à savoir, les émotions de plaisir et les émotions de douleur. Ces deux sortes d'émotions déterminent, physiologiquement, deux séries de symptômes somatiques différents, et en particulier des perturbations vaso-motrices distinctes. Toute émotion, qu'elle soit d'origine normale ou pathologique, tend toujours à troubler le jugement.

Les idées tristes ou exaltées pouvant être provoquées artificiellement par l'usage de certaines préparations qui modifient la transformation des matières albuminoïdes contenues dans l'organisme, on est fondé à supposer que les échanges nutritifs servent eux-mêmes de point de départ aux symptômes qui caractérisent pour nous, à l'état pathologique, la dépression et l'exaltation mentales. On sait que les poisons qui se développent dans l'organisme dans certaines circonstances pathologiques sont capables, jusqu'à un certain point, de produire la dépression et l'excitation mentales. On peut donc croire qu'il y a des ptomaïnes, développées dans l'organisme humain, qui ont pour effet, lorsqu'elles sont injectées à des animaux, de causer soit des convulsions, soit de la stupeur ou de la dépression des idées, soit une stimulation du système musculaire. De nombreux faits cliniques tendent à faire croire qu'une alimentation trop azotée amène invariablement une recrudescence ou une rechute des maladies mentales. DESCOURTIS.

Accès de lypémanie suicide guéri par l'apparition d'un érysipèle de la face, par SZCZYPIORSKI (*Ann. méd. psych., mai-juin* 1891).

Instituteur, 54 ans, compte des antécédents héréditaires, sa mère notam-

ment ayant été atteinte de lypémanie suicide à l'âge de la ménopause. Pas d'antécédents personnels. Préoccupations, chagrins déterminant l'éclosion d'une lypémanie suicide avec systématisation du délire et agitation vive. Apparaît un érysipèle très intense de la face, et en même temps l'agitation se calme, le délire et les hallucinations diminuent de gravité jusqu'à cesser complètement. Un mois après l'apparition de l'érysipèle, le malade sortait guéri de sa lypémanie suicide. Guérison maintenue plus tard. DESCOURTIS.

Aliénation mentale par troubles de la nutrition, par MAIRET et BOSC (*Ann. méd. psych., janvier* 1892).

Mairet et Bosc ont cherché à établir par des preuves expérimentales l'existence d'une aliénation mentale par troubles de la nutrition. Ils ont étudié successivement la toxicité de l'urine des malades atteints de manie, de stupeur, de lypémanie, de folie des persécutions et de démence sénile.

Il résulte de ces recherches expérimentales que : tantôt l'urine pathologique ne fait que reproduire le tableau de l'intoxication par l'urine normale, et alors le degré de toxicité est intimement lié à l'intensité plus ou moins considérable de la maladie ; tantôt l'urine pathologique donne naissance à des symptômes nouveaux, et dans ce cas la toxicité persiste jusqu'à ce que l'individu soit revenu complètement à son état normal. Par suite, tandis que chez les uns la toxicité de l'urine est liée, non au fond même de la maladie, mais à un élément secondaire, à l'acuité, chez les autres, elle est plus intimement liée à la maladie elle-même. Or, chez les premiers on a plutôt affaire à des névroses, tandis que pour ceux-ci il s'agit d'un trouble physique profond, reconnaissant la même origine, bien que les apparences soient différentes : puerpéralité, puberté, maladies infectieuses. DESCOURTIS.

L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques, par H. DAGONET (*Ann. méd. psych., juillet, septembre et novembre* 1891).

L'on peut remarquer chez les dégénérés les formes de l'aliénation mentale les plus diverses, et celles-ci revêtent, en général, une physionomie particulière, rappelant par quelques-uns de ses traits l'espèce de dégénérescence physique dont l'individu a été atteint. L'aliénation mentale prend elle-même une forme insolite dans ses phases comme dans les manifestations délirantes qui la caractérisent. On peut observer, par exemple, la conservation de la conscience, quelquefois même l'apparence de la raison au millieu du trouble psychique le plus accentué. Le délire même est anormal. Ainsi on observe la folie du doute, la persistance d'un état névropathique, le dédoublement de la personnalité, les angoisses bizarres connues sous le nom d'agoraphobie, de claustrophobie, les impulsions instinctives, à l'exclusion de manifestations délirantes nettement accusées. Dans tous ces cas, le pronostic est grave et les récidives sont fréquentes. DESCOURTIS.

D'une malformation spéciale de la poitrine (thorax en entonnoir), par J. RAMADIER et P. SÉRIEUX (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, n°* 5, *p.* 329, 1891).

Cette malformation est caractérisée par une dépression située au

niveau de la partie médiane et antérieure du thorax et formée par le sternum, qui, plus ou moins profondément incurvé dans sa partie moyenne ou inférieure, décrit ainsi un arc de cercle à concavité antérieure. Cinq cas de cette malformation ont été rencontrés par les auteurs; elle n'a rien de commun avec les déformations rachitiques, mais doit plutôt être rattachée aux états de dégénérescence dont elle constituerait un des nombreux stigmates physiques. On ne la confondra pas non plus avec la poitrine creuse des tailleurs d'habits, ni avec celle des cordonniers, ni avec les déformations traumatiques ou consécutives à l'hypertrophie des amygdales. G. LYON.

Le délire chronique à évolution systématique, par MAGNAN (*Broch. Paris*, 1891).

Ce travail a pour but d'affirmer l'existence du délire chronique et d'en marquer les caractères distinctifs. Magnan en décrit les quatre périodes : incubation, persécution, ambition, démence; il montre qu'il doit être séparé des délires systématisés des dégénérés. Période d'incubation : malaise, inquiétude croissante, soupçons, idées vagues de persécution. Illusions et interprétations délirantes. Enfin apparition de l'hallucination de l'ouïe; le malade entre dans la deuxième période, période de persécution. Les troubles sensoriels évoluent progressivement : chuchotements, mots isolés, phrases, monologues, dialogues, écho de la pensée. Ces hallucinations peuvent être unilatérales ou bilatérales et de caractère différent pour chaque côté. L'hallucination auditive, pénible dans la deuxième période, affecte un caractère ambitieux dans la troisième. On trouve l'hallucination du goût, de l'odorat, la rareté des hallucinations de la vue, fréquence des troubles de la sensibilité générale.

Dans les leçons qui suivent, Magnan étudie le type des persécutés-persécuteurs, montre leur parenté avec les fous moraux et les maniaques raisonnants, établit la distinction qui existe entre eux et les délirants chroniques, et insiste sur l'absence ou la rareté d'hallucinations chez eux. Il termine en faisant le diagnostic du délire systématisé chez les dégénérés et en établissant les considérations médico-légales que comportent ces malades. DESCOURTIS.

Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale; classification histologique des paralysies générales, par M. KLIPPEL (*Arch. de méd. expér.*, *III*, 5).

L'étude anatomique des faits qui évoluent avec le complexus symptomatique de la paralysie générale permet de classer ces faits en trois groupes.

Le premier groupe correspond aux paralysies générales vraies. La polymorphie des altérations cellulaires avec prédominance dégénérative, la destruction intense des fibres nerveuses de l'écorce, la vascularisation avec diapédèse considérable, un certain degré de sclérose névroglique, les lésions atrophiques ou dégénératives de la substance blanche et des nerfs périphériques servent ici de caractéristique.

Dans un deuxième groupe se rangent les paralysies générales associées, combinaison d'une vraie paralysie et de ses lésions typiques, avec

diverses altérations syphilitiques, tuberculeuses, athéromateuses, traumatiques.

Enfin ces derniers processus, ou d'autres analogues, existant en dehors des lésions de la paralysie classique, peuvent constituer un troisième groupe, celui des pseudo-paralysies générales. GIRODE.

Contribution à l'étude de la rémission dans la paralysie générale, par GUILLEMIN (*Ann. méd. psych., novembre* 1891).

Guillemin combat l'opinion de certains auteurs qui admettent que les rémissions dans la paralysie générale sont dues à ce que les phénomènes congestifs disparaissent, à ce que les lésions inflammatoires se localisent, et à ce que certaines parties du cerveau restées ou redevenues saines suppléent au fonctionnement des parties atteintes par une lésion définitive. Il rapporte l'observation d'un paralytique général, en rémission depuis huit mois, qui succomba en quelques heures à des attaques épileptiformes, et à l'autopsie duquel on trouva des adhérences généralisées, des circonvolutions peu marquées, la substance grise pâle, décolorée, la pulpe cérébrale ramollie, indices d'une maladie avancée et qui semblaient incompatibles avec l'exercice presque normal des facultés intellectuelles et morales et avec la conservation d'une partie des forces physiques. DESCOURTIS.

De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux, par BOUCHAUD (*Ann. méd. psych., mai-juin* 1891).

C'est à l'asile de Lommelet, tenu par les frères Saint-Jean de Dieu, que Bouchaud a puisé ses observations. Il a fait porter ses recherches sur une période de vingt ans, et a trouvé que, sur la totalité des aliénés laïques, il y avait eu 391 paralytiques généraux, tandis que, sur la totalité également des religieux, il n'y en avait eu que 3. Les renseignements qu'il a obtenus du médecin de l'asile de Léhon, où sont également soignés des laïques et des religieux, lui ont donné comme rapport du nombre des paralysés à celui des aliénés ordinaires : chez les religieux, 1 à 23 ; chez les laïques, 1 à 13. Enfin, à l'asile de Lyon, placé dans les mêmes conditions, on a trouvé : chez les religieux, la proportion de 1 à 72, et chez les laïques, 1 à 27. Dans ces trois asiles réunis, la proportion des paralytiques généraux était : chez les religieux, de 2.4 pour 100 cas de folie simple, tandis que, chez les laïques, il y en avait de 25 à 35 pour 100, selon les statistiques. Pour expliquer cette rareté de la paralysie générale chez les religieux, Bouchaud invoque la rareté des trois causes suivantes : excès vénériens, syphilis et alcoolisme. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes, par MEILHON (*Ann. méd. psych., mai-juin* 1891).

Relevant les diagnostics portés sur les Arabes entrés à l'asile d'Aix pendant une période de trente années, et s'aidant au besoin des renseignements fournis par l'entourage ou par l'examen nécroscopique, Meilhon n'a pu constater aucun cas de paralysie générale de 1860 à 1877. Depuis cette époque, le nombre des paralytiques a été de 5.13 0/0 aliénés. La quantité de ceux qui sont atteints est une nouvelle preuve que la para-

lysie générale est surtout une maladie de la civilisation. Elle semble se développer d'une façon parallèle à l'alcoolisme. Elle revêt surtout la forme maniaque. DESCOURTIS.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889, par BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET (*In*-8°, *tome X*, *Paris*).

Bourneville, avec la collaboration de Sollier et Pilliet, nous donne le dixième volume de ses recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Après avoir raconté l'histoire matérielle du service, constaté les progrès accomplis, les constructions nouvelles, l'auteur fait la statistique générale et spéciale (épidémies, vaccinations, décès, sorties, etc.).

Puis vient une partie thérapeutique. On a expérimenté le bromure d'or et le bromure de camphre chez des épileptiques dont les observations sont données tout au long avec les détails intéressants qu'on est habitué à trouver lorsqu'on cherche bien. Les auteurs constatent que le bromure d'or a donné de bons résultats dans 3 cas, médiocres dans 5 cas et nuls dans 2 cas, sur un total de dix. Le bromure de camphre semble d'une grande efficacité sur les vertiges. Quant à la picrotoxine, expérimentée dans 10 cas elle a donné 3 fois une amélioration sensible, 3 fois une amélioration légère, 4 fois plutôt une aggravation.

Nous trouvons ensuite la publication *in extenso* du travail de Bourneville sur l'idiotie avec cachexie pachydermique communiqué en 1889 à l'Association française pour l'avancement des sciences. A signaler à ce sujet une observation nouvelle à la fin du volume. Enfin vient un travail de Pilliet sur les lésions de la substance grise dans les encéphalites de l'enfance, et en dernier lieu l'histoire bien curieuse d'une famille d'hystériques. G. G.

Notes sur quelques cas d'atrophie et d'hypertrophie du cervelet, par DOURSOUT (*Ann. méd. psych.*, *mai-juin* 1891).

Doursout rapporte quatre observations d'atrophie du cervelet et huit observations d'hypertrophie du même organe. Ces observations se rapportent à des idiots, des imbéciles et des débiles intellectuels. Or, dans ces observations, l'influence génitale du cervelet fait totalement défaut. Dans un seul cas, on remarque une exaltation de la sphère génitale, et chez cet individu le cervelet pesait seulement 80 grammes. Ces faits tendent donc à infirmer complètement la théorie de Gall. Ils montrent, au contraire, que le cervelet peut créer et équilibrer les mouvements.

L'augmentation du volume du cervelet n'est pas toujours et nécessairement une garantie pour l'équilibration des mouvements, puisque, d'après ces observations, l'hypertrophie et l'atrophie entraînent, l'une comme l'autre, une insuffisance locomotrice. Il faut donc croire que, bien organisé, le cervelet doit peu s'écarter d'une bonne moyenne. DESCOURTIS.

Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par Paul SOLLIER (*Thèse de Paris*, 1891).

Sollier définit l'idiotie : « Une affection cérébrale chronique à lésions variées, caractérisée par des troubles des fonctions intellectuelles, sensi-

tives et motrices, pouvant aller jusqu'à leur abolition presque complète, et qui n'emprunte son caractère spécial, particulièrement en ce qui concerne les troubles intellectuels, qu'au jeune âge des sujets qu'elle frappe. » Pour l'auteur, la clef de voûte du développement intellectuel, c'est l'attention; d'où, on le comprend tout de suite, diverses catégories d'idiotie : idiotie absolue : absence complète et impossibilité de l'attention; idiotie simple : faiblesse et difficulté de l'attention; imbécillité : instabilité de l'attention.

Partant de cette idée, l'auteur passe en revue toutes les manifestations morales et intellectuelles de ce genre de malades. Sensibilité générale et spéciale, instincts, sentiments affectifs, sentiments artistiques, sont étudiés, non pas chez tel ou tel idiot ou imbécile en particulier, mais chez tous en général, car ce ne sont pas des points de psychologie spéciaux que l'auteur a tenté d'élucider, mais il a voulu présenter un tableau général de la psychologie de l'idiot et de l'imbécile.

Dans le cours de l'ouvrage, Sollier fait constamment ressortir les différences qui existent entre l'idiot et l'imbécile, différences qui, au point de vue pratique, ne sont pas toujours en faveur de ce dernier.

Un chapitre spécial est consacré au langage, et ce n'est pas le moins intéressant. Langage parlé et écrit, dessin, calcul, sont étudiés dans leur rapport avec le développement intellectuel et illustrés par des fac-simile placés à la fin du volume. En ce qui concerne l'intelligence proprement dite, le rôle que joue l'attention dans l'acquisition des idées et dans la mémoire est tel que l'auteur a pu faire du degré de trouble de cette faculté la base de sa classification. Ce trouble se manifeste bien nettement dans les degrés divers de la mémoire chez les divers idiots et chez l'imbécile, dans le rappel des émotions, l'appréciation des ressemblances, la faculté de généralisation, d'abstraction, l'association des idées, etc... tous phénomènes qui sont minutieusement étudiés par l'auteur. Enfin, dans un dernier chapitre, Sollier s'occupe spécialement de la volonté, de la suggestibilité, de la conscience et de la responsabilité civile et morale des idiots et des imbéciles. GUINON.

Contribution à l'étude des empreintes digitales, par G. D'ABUNDO (*Rivista generale italiana di clinica medica*, n° 11, *p.* 254, 1891).

G. D'Abundo a étudié au point de vue clinique et anthropologique les crêtes et les sillons papillaires de la pulpe des doigts ; il ne donne cette fois que les résultats de ses recherches sur les idiots (au nombre de 22); pour enregistrer les empreintes, il s'est servi de l'encre grasse de violet de gentiane et d'un papier sans grains.

Chez 7 idiots, les empreintes des pulpes digitales furent absolument identiques, pour les dix doigts de la main ; chez les sujets normaux, G. D'Abundo n'a pas rencontré pareille uniformité...

Chez 2 idiots, atteints d'hémiplégie spasmodique infantile, du côté sain, le dessin obtenu était normal; du côté paralysé, le dessin était confus et on n'y retrouvait pas l'impression des crêtes; la disparition des crêtes serait pour l'auteur un signe de sénilité. En ce qui concerne l'hérédité, il a retrouvé des signes identiques chez la mère et la sœur d'une idiote.

Chez les hémiplégiques (par hémorragie cérébrale), lorsque l'hémiplé-

gie est ancienne et date de plusieurs mois ou années, ou bien s'il existe des contractures précoces, on constate également l'aplatissement des crêtes digitales, qui ne présentent pas la régularité et la netteté de celles du côté sain ; les empreintes obtenues sont confuses, punctiformes. L'auteur se réserve de donner ultérieurement une interprétation des faits qu'ils a constatés ; il croit qu'au point de vue médico-légal le relevé des empreintes digitales pourrait, dans certains cas, acquérir une réelle importance ; il a remarqué en effet que si les mains teintes de sang ne laissent pas les empreintes digitales sur le linge, elles en donnent par contre de très nettes sur le papier.

L'empreinte a d'autant plus de valeur pour l'établissement de l'identité, lorsqu'il existe une cicatrice même insignifiante sur l'une des pulpes digitales, ou si celle-ci est quelque peu déformée. G. LYON.

On the arithmetical faculty and its impairment in imbecility and insanity, par IRELAND (*Journ. of ment. sc., juillet* 1891).

La faculté de compter est très rudimentaire chez les peuplades sauvages. Elle se développe fort peu chez les imbéciles, mais, contrairement à ce qu'on pourrait croire, disparaît tard dans la démence. Chez certains sujets, mal doués sous beaucoup de rapports, on a pu la trouver exceptionnellement développée, mais elle s'acquiert alors et s'exerce par des procédés qui ne sont pas ceux dont on fait usage à l'état normal. Il est à remarquer que les aptitudes musicales existent parfois chez des imbéciles qui sont incapables de compter, bien qu'en apparence il semble nécessaire de savoir compter pour déchiffrer la musique. Enfin certains dégénérés, des épileptiques surtout, ont au contraire la manie de compter à propos de tout. DESCOURTIS.

Note on the treatment of myxœdema... (Traitement du myxœdème par des injections hypodermiques d'extrait du corps thyroïde), par George MURRAY (*Brit. med. journ., p.* 796, 10 *octobre* 1891).

Murray emploie l'extrait du corps thyroïde d'un mouton, substance déjà expérimentée par Vessale, en injections intraveineuses chez les animaux. Voici le fait clinique qui fait l'objet de ce mémoire :

Femme de 46 ans, atteinte de myxœdème, avec lenteur de la parole, épaississement du cou et des extrémités, langueur générale et refroidissement périphérique. La malade reçoit l'extrait d'un lobe thyroïde de mouton par semaine en injections hypodermiques quotidiennes faites entre les épaules. Au bout de trois mois de traitement, le gonflement des paupières a beaucoup diminué, la face a repris de l'expression, la parole est moins lente, la mémoire est meilleure et les forces moins débiles. Les règles ont reparu au 2e mois. Sans être guérie, la malade a subi une amélioration incontestable. H. R.

Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques, par C. FÉRÉ (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, n°* 5, *p.* 354, 1891).

Chez un épileptique, les extrémités des mains et des pieds avaient pris depuis plusieurs années une teinte violacée et ces parties étaient le siège de picotements et d'engourdissements ; le lobule du nez et l'extrémité supérieure des oreilles présentaient également cette coloration. De plus, toute la surface du corps était marbrée de plaques violacées, tranchant nettement sur la coloration blanche du reste de la peau ; au niveau de ces plaques, la peau était

presque insensible et la température y était abaissée; ces troubles de la circulation cutanée ont débuté à la même époque que les manifestations épileptiques, et présentent comme celles-ci une prédominance marquée dans les saisons froides. G. LYON.

De l'influence des attaques d'épilepsie sur la température, par MAIRET et BOSC (*Montpellier médical, XVII, n° 8, p.* 341, 1891).

Mairet et Bosc ont constaté que l'attaque ordinaire d'épilepsie abaisse la température au moment de la période du stertor; au réveil, la température se relève, atteint, puis dépasse la normale et lui reste supérieure, si bien que la température moyenne du jour de l'attaque est supérieure à la température normale.

Lorsque le stertor est agité, la température, au lieu d'être abaissée pendant cette période, est augmentée et se maintient élevée pendant plusieurs jours consécutifs.

L'élévation de température dans l'attaque d'épilepsie se produit donc, non à la période du stertor, mais consécutivement. G. LYON.

Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par MAIRET (*Progrès médical* 10 *octobre* 1891).

Mairet a employé le borax chez 31 épileptiques, 4 n'ont pu le supporter à cause de phénomènes d'intoxication; chez 5 autres, il a eu un insuccès complet; sur les 22 derniers il a eu des résultats satisfaisants; dans quelques cas même, il y a eu suppression des crises pendant plusieurs mois consécutifs. Il admet que le borate de soude réussit mieux que le bromure de potassium dans les épilepsies symptomatiques, moins bien dans les épilepsies névroses. H. L.

Du méthylal chez les aliénés et de son action comparative avec le chloral, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. méd. psych., septembre et novembre* 1891).

Quarante et une observations démontrent que le méthylal est un hypnotique faible. Administré dans la journée, aux fortes doses de 7, de 10 et de 12 grammes, à des hommes ayant bien dormi la nuit précédente, il n'amenait pas de sommeil le plus souvent. Chez les aliénés, il procure plutôt un supplément de repos qu'il n'impose celui-ci de toute pièce à un organisme rebelle. Il réussit surtout dans les cas chroniques, là où il s'agit de régulariser ou de prolonger un sommeil interrompu et insuffisant; mais partout où la surexcitation psychique s'associe à une insomnie un peu intense, il échoue. D'ailleurs, ce qui condamne cet hypnotique, c'est la rapidité de l'accoutumance, son prix élevé et son extrême volatilité, qui oblige à ne préparer les potions qu'au moment de les administrer. Pour toutes ces raisons, Marandon de Montyel repousse l'usage du méthylal et estime qu'on doit lui préférer le chloral.

DESCOURTIS.

De l'emploi du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés, par LODDÉ (*Thèse de Paris*, 1891).

L'hyoscine, qui existe concurremment avec l'hyoscyamine dans les semences de jusquiame, est connue depuis une dizaine d'années seulement. A l'état de chlorhydrate, elle est utilisable dans les états maniaques

aigus et suraigus, dans le délire alcoolique, dans le délire hallucinatoire, dans la mélancolie anxieuse, dans la paralysie générale avec excitation maniaque et dans les périodes d'agitation antérieure ou postérieure aux crises épileptiques. Elle ne constitue pas un médicament curatif de la manie, et ne sert qu'à traiter ses épisodes paroxystiques. Elle doit être employée par voie hypodermique, à la dose de 1/4 de milligramme à 1 milligramme. Son action sédative se produit rapidement et dure en moyenne de 6 à 10 heures. Les états cachectiques et les cardiopathies doivent être considérés comme des contre-indications à son emploi. Elle semble devoir rendre de grands services, mais Loddé réclame de nouvelles études à son sujet. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude clinique des effets hypnotiques de l'hyoscyamine chez les aliénés, par BAQUIÉ (*Thèse de Paris*, 1891).

L'action de l'hyoscyamine chez les aliénés est lente et peut n'arriver à son maximum qu'au bout de trois, cinq et même sept jours. Cette action est intermittente et l'accoutumance s'établit assez rapidement. Il est à remarquer que, sous son influence, le malade reste calme alors que le sommeil ne vient pas. Il n'y a pas lieu de donner l'hyoscyamine à dose progressive, tandis qu'une dose de 5 milligrammes d'emblée a produit des résultats favorables. Chez plusieurs malades, la puissance hypnotique de l'hyoscyamine est inférieure à celle du chloral. DESCOURTIS.

Use and abuse of hyoscine, par WEATHERLY (*Journ. of ment. sc., juillet* 1891).

Pour Weatherly, il n'y a pas de médicament hypnotique qui puisse être comparé à l'hyoscine quand elle est administrée à propos et avec soin. Elle agit comme modérateur des facultés psychiques et s'emploie à petites doses, que l'on répète au besoin. D'un malade intraitable, insubordonné, elle fait une personne supportable et capable souvent de se bien tenir en société. Elle calme l'agitation, l'irritabilité du caractère, avec une rapidité parfois extrême. Elle atténue le tremblement de la sclérose en plaques, de l'alcoolisme chronique, de la paralysie agitante et souvent de la paralysie générale. Cependant elle doit être employée avec beaucoup de circonspection, car elle peut produire des accidents brusques. Son antidote est la pilocarpine ou la caféine. DESCOURTIS.

Die nervösen und psychischen Störungen der Influenza, par L. KIRN (*Wolkmann's Sammlung klinischer Vorträge, n°* 23, 1891).

Ce travail énumère dans une première partie tous les troubles, très multiples, observés au cours de l'influenza par un grand nombre d'auteurs, et relevant de la neuropathologie; dans une deuxième partie se trouvent ceux relevant de la psychiatrie. Ces derniers sont rangés en deux groupes, suivant qu'ils apparaissent : A, dans la période fébrile; B, en dehors de celle-ci. Pour Kirn, ces troubles nerveux et psychiques sont imputables en première ligne à la toxine de l'influenza; la fièvre, les troubles de nutrition qui succèdent à cette affection peuvent aussi jouer un certain rôle. PIERRE MARIE.

Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices, par SÉGLAS (*Arch. de neurol., juillet* 1891).

Séglas rapporte deux observations personnelles, et, s'appuyant sur d'autres faits signalés par les auteurs, admet que l'hallucination psychique de Baillarger est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage. Elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, quoique se rapprochant surtout de cette dernière. D'où le nom d'hallucination verbale psycho-motrice qu'il a proposé de lui donner. L'élément moteur qu'elle renferme en fait une cause puissante du dédoublement de la personnalité. DESCOURTIS.

De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante, par SÉGLAS (*Ann. méd. psych., janvier* 1892).

Séglas n'est pas de l'avis de la grande majorité des auteurs qui ont écrit sur les obsessions, et qui ont exclu du cadre de ces phénomènes psychopathiques les hallucinations. D'après lui, l'hallucination peut être secondaire à l'idée obsédante, constituant alors l'obsession hallucinatoire, ou bien primitive, hallucination obsédante; mais, dans tous les cas, elle participe des caractères généraux des obsessions. L'hallucination peut alors n'intéresser que les centres perceptifs communs. Elle peut intéresser aussi les centres de la fonction langage, et être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou même motrice graphique. Toutes ces hallucinations verbales, obsédantes et conscientes doivent prendre place à côté des autres variétés déjà décrites d'onomatomanie. DESCOURTIS.

Ueber Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma, par Fried. SCHULTZE (*Volkmann's Samml. kl. Vortr., n° 14, nouvelle série* 1891).

1° Différentes psychoses ou névroses peuvent être produites par un traumatisme, mais il n'y a aucune forme morbide univoque et nettement limitée que l'on puisse appeler « névrose traumatique ; » il est donc préférable, au lieu du terme général de névrose traumatique, d'employer celui qui convient directement à la forme en présence de laquelle on se trouve.

2° Le rétrécissement concentrique du champ visuel et l'anesthésie font défaut dans beaucoup de cas de maladies fonctionnelles consécutives au traumatisme, et ne sont pas caractéristiques de celles-ci.

3° Le tableau clinique que l'on a décrit sous le nom de névrose traumatique est fréquemment, surtout lorsqu'il a existé une légère lésion périphérique, le témoignage pur et simple de la simulation et de l'aggravation volontaire.

L'auteur a fait surtout œuvre de polémiste et n'envisage pas la question d'une façon générale, les faits qu'il rapporte sont surtout de l'ordre négatif. PIERRE MARIE.

De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, par CULLERRE *Ann. méd. psych., janvier* 1892).

La mort subite n'a guère été signalée, jusqu'ici, parmi les accidents révélateurs de la tare névropathique. Cependant, d'après Cullerre, ce

genre de mort ne serait pas rare, surtout dans les lignées à hérédité accumulée. Il en cite un certain nombre d'exemples dans les familles à hérédité vésanique, ce qui le fait conclure que la mort subite d'origine cérébrale est une manifestation de la dégénérescence. Dans un second groupe de faits, la mort subite coïncide, dans une famille, avec la paralysie générale, et, dans un troisième, avec les accidents convulsifs de nature épileptique. Cullerre croit pouvoir rattacher ces différents cas de mort subite à la dégénérescence héréditaire, car, sur vingt observations, la moitié concerne des individus très jeunes, à peine sortis de l'adolescence. D'ailleurs quelques auteurs avaient signalé, en passant, ce genre de mort. Quant à la nature même de l'accident, Cullerre ne peut la définir, mais il est porté à invoquer une apoplexie nerveuse, qui ne serait elle-même qu'un phénomène de nature épileptoïde DESCOURTIS.

Gustation colorée, par P. SOLLIER (*C. R. de la biol.*, *p.* 763, 1891).

Il s'agit d'un malade neurasthénique présentant l'audition colorée, dans le cas de voix chantée. Il qualifiait les voix de rouge écarlate, de grenat, de bleu pâle, de vert de mer, etc. Il présentait des phénomènes de dyspepsie : il éprouvait des éructations vertes, violettes, jaunes.

DASTRE.

Katatonie : necropsy, par W. Julius MICKLE (*Brain*, *p.* 99, 1891).

Relation de l'autopsie d'un malade atteint de katatonie, dont l'histoire a été publiée dans *Brain* (n° 12, p. 503, 1889).

Déviations structurales du type normal du sillon et des circonvolutions de l'écorce, en rapport avec les antécédents d'aliénation et de criminalité de sa famille.

Au point de vue de la katatonie : existence à la partie antérieure des hémisphères cérébraux vers leur face inférieure et interne, de taches et d'adhérences méningées, qui intéressaient une partie de l'écorce cérébrale. Il existait aussi de l'épaississement et de l'opacité de la pie-mère et de l'arachnoïde à la base du cerveau ; mêmes lésions de la pie-mère, plus développées, sur les régions fronto-pariétales. A ce niveau les circonvolutions sont atrophiées. Les os du crâne sont épaissis et hypertrophiés. H. R.

Le somnal dans les psychoses, par UMPFENBACH (*Therapeutische Monatshefte mai* 1891).

Dans 70 cas de psychoses, 35 fois il y eut un bon résultat, 13 fois action passagère, 24 fois aucune action. Il fut inutile d'élever les doses au-dessus de quatre grammes, rarement six grammes. Il est remarquable que tandis qu'on atteint 58 °/₀ de succès chez les hommes, on échoue presque complètement chez les femmes.

Au bout d'une demi à trois quart d'heure, sommeil de cinq heures et plus, sans rêveries, sans fatigue ni malaise au réveil ; quelquefois cependant violente cephalée (hystérie); pas d'éruptions cutanées, pas de troubles digestifs.

Les affections du cœur ne sont pas une contre-indication, pas d'action chez les épileptiques excités. PAUL TISSIER.

De l'antipyrine contre les hallucinations et de la dissimulation des hallucinés en traitement, par MARANDON DE MONTYEL (*France médicale*, nos 42 à 46, 1891).

L'antipyrine peut être administrée aux aliénés pendant plusieurs semaines aux doses quotidiennes de 5, 6 et même 7 grammes sans qu'ils en soient incommodés, sans même la moindre action physiologique apparente. Le médicament doit être administré à leur insu dans le lait ou dans la soupe.

L'antipyrine paraît avoir une action heureuse assez marquée sur les hallucinations dites sympathiques ou réflexes, ce qui tient probablement à son influence anesthésique. A faibles doses, elle est sans action sur les autres hallucinations, et à hautes doses elle les aggrave. L'antipyrine, employée à hautes doses, peut donc aider au diagnostic des hallucinations sympathiques d'après les effets obtenus. LEFLAIVE.

Ueber die Einwirkung des Alkohols auf den kindlichen Organismus (Influence de l'alcool sur l'organisme infantile), par R. DEMME (*XXVIIe Jahresbericht des Jenner'schen kinderspitals et Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série*, *II*, 191, *juillet*, 1891).

Des observations poursuivies depuis plus de 20 ans ont montré à Demme que l'immense majorité des enfants retardés dans leur développement intellectuel, atteints de surdi-mutité congénitale ou parlant mal, sont issus de pères adonnés à la boisson. Pour 7 enfants imbéciles ou même idiots, il a pu établir l'alcoolisme du père et de la mère en même temps.

Sur 47 enfants ayant une hydrocéphalie chronique, 38 avaient une tare psychopatique qui pour 23 d'entre eux dérivait de l'ivrognerie des parents (17 fois du père, 4 fois de la mère et 2 fois des deux). Entre 41 enfants choréiques, il y en avait 5 qui buvaient de l'alcool, et 19 qui appartenaient à des familles de buveurs.

C'est pour l'épilepsie que l'influence de l'alcoolisme des parents est la plus nette, en y faisant rentrer l'alcoolisme des grands-parents. Dans quelques cas, l'apparition de l'épilepsie s'est faite chez des enfants, immédiatement après une intoxication aiguë par l'alcool; pour les guérir, il a suffi de les priver complètement de l'alcool.

Demme s'est efforcé de montrer, par une autre voie, l'influence fâcheuse de l'alcoolisme des parents sur leur descendance. A cet effet, il a recherché, à travers plusieurs générations, l'état de santé, d'une part des descendants de 10 familles de buveurs notoires, d'autre part de ceux d'autant de familles sobres, mais vivant d'ailleurs dans des conditions semblables aux premières. Il a constaté que ces dernières engendraient 81.9 0/0 d'enfants bien conformés et se développant normalement, tandis que dans les familles de buveurs cette proportion tombait à 17.5 0/0.

J. B.

Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique et en particulier des formes généralisées, par VASSAL (*Thèse de Paris*, 1891).

La paralysie alcoolique, comme les autres paralysies toxiques, est susceptible de se généraliser. Elle évolue de plusieurs façons, et sa

marche peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Dans sa forme aiguë, elle prend les caractères d'une véritable polynévrite infectieuse, avec fièvre, état général grave, et présente alors son maximum de généralisation. La marche est très rapide, le pronostic généralement fatal. Dans la forme subaiguë, la généralisation est lente, progressive; la paralysie peut rétrocéder et se guérir ou passer à l'état chronique. La forme chronique est le plus souvent un résultat de la forme subaiguë. Elle peut durer des années et créer une impotence fonctionnelle permanente, nécessitant parfois une intervention chirurgicale. Les trois formes peuvent présenter de grandes difficultés de diagnostic. La paralysie alcoolique généralisée n'a pas de lésion qui lui soit spéciale. Ce sont les lésions habituelles de la polynévrite alcoolique. DESCOURTIS.

MÉDECINE LÉGALE.

La donna delinquente e la prostituta, par C. LOMBROSO et S. OTTOLENGHI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, *p.* 833, *septembre* 1891).

Les caractères de dégénérescence les plus fréquents chez la femme criminelle sont les anomalies du crâne en général et en particulier la plagiocéphalie, les anomalies du front et en particulier le front fuyant, l'amincissement de la lèvre, la physionomie masculine. Ces caractères sont beaucoup plus fréquents chez la prostituée, en particulier les anomalies du crâne et la saillie des apophyses zygomatiques.

Le type criminel est moins fréquent chez la femme criminelle que chez l'homme criminel, et au contraire plus fréquent chez la femme prostituée. La femme criminelle a un poids et une stature moins considérables, une capacité cranienne inférieure, des courbes plus accusées, et les os de la face plus volumineux que la femme normale. Ces caractères sont encore plus accusés chez les prostituées. La menstruation est retardée chez les criminelles, avancée chez les prostituées qui ont une précocité sexuelle évidente. Les troubles sensitifs qui existent chez la femme criminelle (diminution du tact, de la sensibilité générale, de la sensibilité à la douleur, du goût, de l'odorat, irrégularité de la sensibilité rétinienne), sont plus prononcés chez la femme prostituée. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Zeitfolge der Fettwachsbildung (Marche du processus de l'adipocire sur les cadavres), par J. KRATTER et ZILLNER (*Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med.*, *octobre* 1890, *et Hygienische Rundschau*, *I*, 490, 15 *juin* 1891).

Le travail de décomposition cadavérique offre trois stades successifs :

1° Le stade de putréfaction ou stade préalable (migration des éléments aqueux du corps, caducité des organes épidermiques), qui réclame au moins deux mois;

2° Le stade de saponification des substances grasses, qui, débute par les couches externes, progresse vers l'intérieur et dure des mois;

3° Le stade de saponification des substances albumineuses qui, dans certaines circonstances, transforme toutes les parties molles en une masse homogène. Chez l'adulte, ce processus n'est pas encore terminé dans la première moitié de la seconde année après la mort; en tout cas, le tissu musculaire n'est pas saponifié avant le terme de trois mois, et en général il ne l'est que beaucoup plus tard. La saponification du tissu musculaire s'opère plus rapidement dans les régions où il est peu abondant et recouvert d'une faible couche de graisse, telle que la tête, le plus tardivement au contraire aux cuisses et aux fesses par la raison inverse.

La saponification musculaire s'effectue toujours de la surface vers la profondeur. Elle s'accomplit très lentement et irrégulièrement, en sorte que, sur des cadavres qui ont séjourné plus d'un an dans l'eau, on reconnaît encore très bien les muscles profonds du tronc et des membres. Les muscles crâniens ont complètement disparu dans le cours du second semestre (*R. S. M.*, XXXV, 249). J. B.

Die Bedeutung der Lebensproben... (Sur la valeur des preuves de viabilité et en particulier de la preuve fournie par l'intestin et l'estomac), par E. UNGAR (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXV*, 1).

Quand l'estomac et l'intestin d'un enfant nouveau-né, après ligature préalable, surnagent dans l'eau, ce résultat complète celui qui est fourni par le poumon. Dans certains cas, le premier résultat prouve même que l'enfant a vécu, alors que le poids spécifique du poumon n'éclaire nullement la justice. L'air introduit dans l'œsophage à la suite des efforts d'inspiration et de l'ampliation thoracique constitue une preuve que l'enfant a respiré. ED. RETTERER.

Ueber acquirirte Lungenatelektase Neugeborener und deren Ursachen (De l'atélectasie pulmonaire acquise des nouveau-nés et de ses causes), par C. SEYDEL (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und oeff. Sanitw.*, 3e *série*, *II, p.* 5).

Dans la dernière édition de son *Traité de médecine légale*, Liman met en doute la possibilité que chez des nouveau-nés ayant respiré, l'air puisse complètement disparaître des poumons. En voici pourtant un nouvel exemple.

Enfant né avant terme et n'ayant pas crié immédiatement ; néanmoins, pendant quatre heures, il respire assez régulièrement pour qu'on ait pu le mettre au sein. Au bout de ce temps, il est étouffé par les parents. A l'autopsie, intestin grêle distendu par de l'air ; diaphragme au niveau du bord supérieur de la 5e côte ; ouverture du thorax après ligature de la trachée : les poumons, d'un bleu foncé uniforme, sont rétractés, offrent de nombreuses ecchymoses sous-pleurales, plongent en totalité au fond de l'eau, quoiqu'un peu lentement ; en les comprimant, on fait sourdre dans la trachée un peu de mousse à bulles très fines ; sur les coupes, le parenchyme pulmonaire est résistant, ne crépite point et laisse sortir, à la pression, une grande quantité de sang et une faible quantité d'écume blanche à bulles très fines. Découpés en morceaux de plus en plus petits, jamais aucune parcelle des poumons ne surnage, bien qu'en les comprimant, la plupart des fragments donnent issue à quelques bulles d'air très petites et reconnaissables seulement à la loupe. Deux ecchy-

moses sous-péricardiques un peu plus grosses que des têtes d'épingles. L'estomac contient quelques mucosités mêlées d'air.

D'expériences sur des lapins que Seydel relate, il conclut : 1° Il est impossible d'effectuer expérimentalement, chez les animaux qui ont vécu quelques jours et dont les poumons sont complètement déplissés, l'expulsion de l'air des poumons par voie purement mécanique. 2° Chez les animaux extraits, peu avant terme, de l'utérus maternel, par l'opération césarienne, ce déplissement des poumons s'opère rapidement, en un laps variable de 3 à 10 heures. 3° Pour que l'air soit expulsé des poumons déjà déplissés, il semble qu'il faille, en outre de l'absorption de l'air par la circulation sanguine persistant après l'arrêt de la respiration, une certaine gêne mécanique de la respiration.

Dans une série d'expériences que Seydel a pratiquées sur des cadavres de nouveau-nés ayant vécu peu d'heures ou quelques jours, il n'a jamais réussi à expulser l'air des poumons, en enveloppant étroitement le tronc avec des bandes de toile (*R. S. M.*, I, 833 ; VIII, 676; XXII, 662 et XXIV, 286). J. B.

Contributo allo studio medico-legale del sangue, par A. CORONA (*Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino, p.* 136, *avril* 1891).

Lorsque le sang est putréfié, si les bandes d'absorption de l'hémoglobine ne se voient pas nettement, tous les autres caractères spectroscopiques qui appartiennent à l'hémoglobine réduite, à l'oxyhémoglobine régénérée, à l'hématine acide ou alcaline, etc., n'ont pas une grande valeur au point de vue médico-légal. C'est seulement dans quelques cas rares que la putréfaction empêche de rencontrer des cristaux d'hémine. La recherche du fer donne toujours des résultats positifs et on constate presque toujours la réaction de Schönbein. GEORGES THIBIERGE.

Eine Reaction des Kohlenoxydblutes, par RUBEN (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e *série. Supplément du tome I, avril* 1891).

Si l'on ajoute quatre à cinq volumes d'acétate de plomb à un de sang normal d'une part, et d'autre part à un volume de sang oxycarboné, dans deux tubes à expérience, suffisamment larges, on constate, après avoir agité une minute ces deux mélanges, que tandis que le sang oxycarboné se maintient d'une belle teinte rouge, le sang normal vire progressivement au brunâtre, à la couleur chocolat ou brun gris. La réaction persiste, très distincte, trois semaines. Lorsque le sang oxycarboné se trouve dilué dans du sang normal, dans des proportions inférieures à 1/8, la réaction devient insensible. J. B.

Note sur le sang des noyés, par COUTAGNE (*Archives de physiologie, p.* 599, 1891).

D'après Brouardel et Loye, la liquidité du sang des noyés, constatée à l'autopsie, n'est pas due à une absence de coagulation : elle est due à une décoagulation d'origine cadavérique. Cette décoagulation se produirait successivement dans le cœur droit, la veine cave inférieure, le cœur gauche, la veine porte, etc. H. Coutagne, dans des cas d'autopsies précoces, n'a observé rien de pareil chez l'homme. Il cite quatre cas de ce genre, négatifs. DASTRE.

Note sur un cas de déchirures traumatiques de la rate chez un enfant de 10 jours, par Henri COUTAGNE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXV, p.* 374, *avril* 1891).

Les déchirures de la rate n'ont pas encore été signalées parmi les lésions de l'infanticide.

Cadavre d'enfant trouvé sur le bas port d'un quai du Rhône; poids de 3,200 grammes; taille de 51 1/2 centim. Plaie du cordon ombilical non encore complètement cicatrisée. Aucun signe de putréfaction ni de violence extérieure. Infiltration sanguine énorme au-dessous du cuir chevelu. Fracture des pariétaux, partant de la suture bipariétale pour finir aux bosses pariétales; sur le pariétal gauche, il y a une seconde fracture dirigée dans le même sens. Suffusions sanguines diffuses, plus accusées à la région postérieure du crâne, entre les os et la dure-mère ainsi que sous les méninges; ventricules pleins de sang. Ecchymoses punctiformes nombreuses sur le péricarde et le bord tranchant des poumons. Épanchement péritonéal de sang. Rate entourée de caillots, de consistance normale; elle pèse 15 grammes; a une longueur de 68 millimètres et une largeur de 40. Sa face externe est presque entièrement divisée à sa partie moyenne par trois larges déchirures transversales réunies par une quatrième fissure verticale; deux de ces lésions ont intéressé toute l'épaisseur de l'organe jusqu'à la capsule de la face interne qui est elle-même incomplètement dilacérée. Un examen attentif des diverses couches de la région ne révèle qu'une ecchymose de la grandeur d'une lentille dans le tissu cellulaire sous-cutané. Côtes intactes. Quelques ecchymoses punctiformes à la surface des reins.

Coutagne conclut que cet enfant, normalement conformé, âgé d'environ 10 jours, avait été jeté du haut du quai dans le Rhône; qu'il avait été arrêté par la bordure en pierre, et tué par fractures du crâne et déchirures de la rate.

La mère fit les aveux les plus complets. J. B.

Mord eines halbjährigen Kindes... (Meurtre commis sur un enfant en lui faisant avaler des aiguilles et des tessons de verre), par LŒSER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série, II, p.* 59, *juillet* 1891).

Enfant de 6 mois pris en pleine santé de soif extrême, de vomissements; en outre, il ne veut plus rien prendre que le sein et gémit douloureusement surtout lorsqu'on le place sur le vase de nuit. Selles fluides et verdâtres; agitation et inappétence croissantes. L'enfant pleure particulièrement quand il a le corps fléchi et se calme lorsqu'on le redresse. Le 12e jour des accidents, vomissements sanguinolents suivis de garderobes noires et d'absence d'urines pendant 2 jours. Mort le 16e jour au matin. Dans les dernières selles, on aperçut 3 morceaux de verre et 2 épingles; quelques jours auparavant, on avait déjà trouvé 4 aiguilles dans les langes.

Autopsie. Le grand cul-de-sac de l'estomac est perforé par une aiguille à coudre, rouillée, faisant une saillie de 2 millimètres en dehors de la paroi externe. L'estomac contient encore 2 autres aiguilles rouillées et un fragment de verre de 2 centimètres de surface et de 1 mill. 1/2 d'épaisseur. La muqueuse gastrique offre, au niveau du grand cul-de-sac, de nombreuses petites pertes de substance, grosses comme des têtes d'épingles et atteignant jusqu'à la séreuse; tuméfaction de la muqueuse au pourtour de ces ulcérations. Au voisinage du duodénum, multiples ecchymoses de la muqueuse.

L'intestin contient une douzaine de tessons de verre de mêmes dimensions que celui de l'estomac, 2 aiguilles à coudre et 3 épingles. Vive injection de la muqueuse qui est gonflée. Tuméfaction des plaques de Peyer et des folli-

cules clos. A mi-hauteur de l'œsophage, est fichée dans la muqueuse une grosse aiguille à coudre longue de 4 centimètres 1/2. J. B.

Empoisonnement subaigu par une pommade à base arsenicale (orpiment), par CHABENAT et LEPRINCE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXIV, p.* 360, *octobre* 1890).

Jeune fille âgée de 14 ans 1/2 ayant une tumeur non ulcérée du sein. Le 20 septembre, une empirique lui met comme topique un liquide tenant en suspension une poudre jaune. Le 30, elle emploie une pommade jaune dont l'application est suivie de quelques vomissements et de la formation d'une eschare que l'empirique détache le 15 octobre pour mettre, sur la plaie vive, une nouvelle couche de pommade, renouvelée encore le lendemain. Vomissements jaune verdâtre, survenant 5 ou 6 fois par jour, accompagnés de brûlure dans la gorge, de soif ardente, de fièvre, cardialgie, tremblements, tuméfaction des lèvres, pétéchies au cou et délire. Mort le 21, c'est-à-dire 5 jours après l'application de la pommade sur la plaie présentant une large surface d'absorption.

Autopsie. Ecchymoses du cou, du thorax et des épaules. Tumeur volumineuse du sein droit dont la peau ulcérée dans une étendue de 8 centimètres est remplacée par une eschare noirâtre, épaisse de 15 millimètres, recouverte d'une couche de pommade jaune. Piqueté noirâtre du bord antérieur des lobes supérieurs des poumons.

Sang très noir. Épanchement péricardique roussâtre peu abondant. Liquide noirâtre dans l'estomac et l'intestin. En somme, aucune lésion capable d'expliquer la mort.

L'analyse chimique a révélé que les viscères contenaient de l'arsenic; d'autre part, la pommade recouvrant le sein et les restes des 2 topiques employés étaient à base d'orpiment ou trisulfure d'arsenic. Les applications ont dû être, à chaque fois, d'au moins 10 grammes d'orpiment renfermant 2 gr. 70 d'acide arsénieux, à titre d'impureté. J. B.

Gutachten, betreffend fahrlaessige Toedtung... (Rapport médico-légal sur un cas d'homicide par imprudence dû à des applications externes d'acide phénique non dilué), par REIMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.* 3e *série, II, p.* 63, *juillet* 1891).

Une femme panse avec une solution concentrée d'acide phénique le nombril de son nouveau-né âgé de 2 jours. A la suite du premier pansement, l'enfant poussa des cris violents et trembla ; à la suite du deuxième, il tomba dans le collapsus, le pouls excessivement faible, la température entre 34 et 35 degrés centigrades. Tout autour du nombril, rougeur érysipélatiforme. Mort le 2e jour.

Autopsie : dessiccation et plissement de l'épiderme périombilical qui desquame facilement et est d'un jaune brun dans l'étendue de 3 centimètres sur 2 1/2 ; pas d'épanchements sanguins sous-cutanés. Dans la cavité abdominale, liquide trouble, floconneux ; surface des intestins humide et brillante. Petits épanchements sanguins multiples dans les muqueuses vésicale, rectale, gastrique. Congestion des reins, œdème pulmonaire ; épiglotte recourbée en gouttière; sang noir, mal coagulé ; épanchement séreux dans les plèvres et le péricarde, etc. L'urine de la vessie ne renferme pas d'acide phénique. La moitié du foie, un rein et la rate contiennent ensemble de 4 à 5 milligrammes de phénol. Mais il est impossible d'affirmer que ce phénol provienne du pansement appliqué sur la peau, parce qu'on ignore encore si des organes normaux distillés avec l'acide sulfurique ne peuvent donner du phénol.

Conclusions : en face des résultats douteux de l'analyse chimique, il est permis d'affirmer que la cautérisation de la peau, indépendamment des propriétés toxiques de l'agent caustique, était suffisante, chez un nouveau-né, pour entraîner directement la mort par la paralysie progressive des poumons et du cœur, conséquence elle-même de la paralysie réflexe des centres nerveux. (*R. S. M.*, II, 276 ; IX, 104 ; XIII, 127 et 128 ; XVI, 502 ; XVIII, 62 et 484 ; XXVIII, 59). J. B.

Suspicion d'empoisonnement par le camphre, par J. SOCQUET (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXV, p.* 520, *juin* 1891).

Enfant de 9 mois, auquel on fait prendre, au lieu d'huile de ricin, 15 grammes d'huile de camomille camphrée. Un quart d'heure après, convulsions et coliques ; les convulsions durent dix heures et demie, puis mort dans le collapsus, treize heures après le début des accidents. A l'autopsie, hypertrophie des follicules clos intestinaux et des plaques de Peyer. Ganglions mésentériques volumineux, ainsi que la rate. Muqueuse de l'œsophage et de l'estomac saine. Ventricule gauche vide ; un caillot fibrineux dans le droit. Poumons légèrement congestionnés à leur base. Méninges pas très congestionnées et encéphale sain, ainsi que le foie et les reins.

Conclusions : 1° Nous ne pouvons affirmer, sans réserve, que la mort doive être attribuée à une intoxication par le camphre ou à une fièvre typhoïde ; 2° les lésions déterminées dans les intoxications expérimentales avec le camphre ne sont pas celles que nous avons trouvées à l'autopsie.

Les lésions macroscopiques constatées à l'autopsie sont identiques avec celles que l'on rencontre au début de la fièvre typhoïde chez les très jeunes enfants.

Nous admettons donc que l'enfant a succombé dans les premiers jours d'une fièvre typhoïde (chez les enfants en bas âge, la fièvre typhoïde peut se terminer par une mort subite sans s'être révélée par des symptômes caractéristiques). La dose de camphre absorbée (1gr,50) aurait pu ne provoquer que des accidents non mortels chez un enfant bien portant, mais cette même dose a pu déterminer des accidents graves et même mortels chez un enfant malade.

On trouvera dans ce rapport l'indication de six cas d'empoisonnement mortels par le camphre (2 femmes qui l'ont pris comme abortif et 4 enfants au-dessous de trois ans dont 2 ont pris le camphre comme vermifuge) et de 38 cas d'empoisonnement suivis de guérison, presque tous chez des adultes et aucun chez des enfants du premier âge.

Dans la discussison, Pouchet dit qu'il y aurait peut-être eu lieu de tenir compte non seulement du camphre, mais aussi de l'huile de camomille qui contient des essences toxiques qui ont pu agir concurremment. (*R. S. M.*, II, 816 et III, 690). J. B.

I. — Ueber die Todesursache nach ausgedehnten Verbrennungen... (Cause de la mort après les brûlures étendues), par C. SEYDEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med. I, p.* 253, *avril* 1891).

II. — Ein Fall von rasch tödtlicher Hæmoglobinaemie nach Verbrennung, par B. DEMME (*Ibidem, supplément p.* 158, *avril* 1891).

I. — Dans la cause de la mort après les brûlures, on a à compter avec une série de nuances dépendant de l'étendue ou du degré des destructions tégumentaires et de quelques autres circonstances, telles que la force de

résistance individuelle. Il faut naturellement compter à part les décès qui se produisent dans les grands incendies, dans les explosions de grisou, de poudre ou d'autres substances explosives. Les victimes du théâtre du Ring à Vienne (*R. S. M.*, XXVI, 677) avaient en grande partie succombé à une asphyxie par la vapeur de charbon avant que leurs corps fussent carbonisés. Dans les explosions, la commotion et, pour ainsi dire, le traumatisme mécanique jouent un rôle au moins aussi important que les brûlures, ainsi qu'en témoignent les épanchements sanguins des méninges et du péricarde. Enfin chez beaucoup de victimes de liquides ou de vapeurs en ébullition, il y a lieu de tenir compte de l'action du corps vulnérant sur les voies respiratoires.

Pour expliquer la rapidité (1 à 5 heures) de la mort, qui survient au milieu de l'affaiblissement de l'activité cardiaque et de l'abaissement de la température du sang, lorsqu'il s'agit de brûlures extrêmement vastes, on ne peut faire abstraction de la théorie du choc de Sonnenburg (*R. S. M.*, XII, 101), quoique, dès cette époque, on puisse déjà constater l'obstruction des canalicules rénaux qui s'annonce par de l'hématurie ou de l'hémoglobinurie. Ces morts si promptes avec affaiblissement croissant du cœur et diminution de la température, sont la conséquence de l'irritation extrême provoquée par la brûlure d'un grand nombre de nerfs cutanés. Quand la mort survient plus tard, dans les premières 24 heures, elle est le résultat des thromboses provenant de la destruction des hématies et de la suppression du fonctionnement des reins et du bulbe.

Lorsque la mort ne survient qu'au bout de 2 ou 3 jours, ou encore plus tardivement, elle est la conséquence en partie des troubles organiques des reins, des poumons, de l'écorce cérébrale, dus aux thromboses capillaires, en partie des altérations qui se produisent secondairement tant dans ces divers organes que dans le tube gastro-intestinal.

Il n'est pas nécessaire d'admettre la formation d'un poison particulier comme y sont enclins Frænkel (*R. S. M.*, XXXIV, 223), Silbermann (*R. S. M.*, XXXV, 455 et XXXVI, 611) et Schjerning (*R. S. M.*, XXVII, 621) bien que les dégénérescences des viscères abdominaux rappellent les lésions déterminées par les poisons caustiques et métalliques.

Quoi qu'il en soit, dans les cas de brûlures, on devra chercher à pratiquer aussitôt que possible des examens du sang et, à l'autopsie, porter spécialement son attention sur les poumons, le canal digestif, les viscères abdominaux, la pie-mère, le cerveau et le bulbe (*R. S. M.*, IX, 665; XVI, 474; XIX, 474; XXII, 55 et XXXIV, 469).

II. — Un garçon de 3 ans, bien portant, succombe sept heures après des brûlures au premier degré de la main. L'urine recueillie avant la mort renfermait de l'hémoglobine et de la méthémoglobine dissoutes ainsi que de l'hémoglobine en blocs et en grains qu'on retrouva aussi à l'autopsie dans la rate et les reins. J. B.

Ueber die Todesursachen nach Verbrennungen (Sur les causes qui produisent la mort après les brûlures), par J. SALVIOLI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVI*, 2).

En produisant des brûlures étendues sur les pattes des lapins et des chiens, Salvioli observa constamment une diminution de la pression dans le système artériel.

En examinant le mésentère d'un animal exposé à une température de 50 à 55° C., on voit le sang subir une grande accélération et les plaquettes de sang (hématoblastes) se fixer et s'accumuler le long des parois vasculaires en formant des thrombus blancs.

Ces derniers sont désagrégés par le courant sanguin et emportés jusque dans le réseau capillaire du poumon. A l'autopsie on trouve de nombreux infarctus hémorragiques dans le parenchyme pulmonaire. C'est là la cause de la diminution de la pression artérielle.

Si l'on défibrine le sang des chiens et si on l'appauvrit ainsi en plaquettes de sang, on les voit supporter de vastes brûlures, sans qu'il ne se forme ni thrombus ni embolies.

Ces expériences montrent en outre que les plaquettes de sang préexistent dans le sang et ne dérivent pas d'éléments altérés de la masse sanguine. ÉD. RETTERER.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ueber lokale Anaesthesie, par C. SCHLEICH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 51, *p.* 1202, 14 *décembre* 1891).

Schleich estime que sa méthode d'anesthésie locale par l'emploi combiné des pulvérisations d'éther et des injections de cocaïne est appelée à remplacer, dans la plupart des cas, la chloroformisation. Il se sert d'une solution de 2 centigrammes de cocaïne dans 100 grammes d'eau, soit au cinquième pour cent.

Schleich a pratiqué à l'aide de cette anesthésie 224 opérations les plus diverses : séquestrotomies, kélotomies, amputations de doigts, sutures de la rotule, etc., et 5 laparotomies. Il n'a jamais injecté plus de quinze seringues, ce qui représente une quantité totale de 4 centigrammes de cocaïne. J. B.

Sulla morte tardiva per cloroformio, par R. BASTIANELLI (*Bullettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, p.* 325, 22 *juin* 1890).

Bastianelli rapporte 3 observations de malades morts du troisième au cinquième jour après une chloroformisation; deux d'entre eux avaient eu des vomissements abondants, produits par le chloroforme, l'autre n'avait pas vomi; tous les trois avaient succombé dans le coma après une agitation passagère. A l'autopsie, dégénérescence graisseuse du cœur, des reins et du foie où elle porte le plus ordinairement sur la partie centrale du lobule. L'auteur compare ces lésions à celles constatées dans quelques autres empoisonnements et rapproche les effets toxiques du chloroforme de ceux du phosphore. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Wundbehandlung mit Dermatol, par von ROGNER (*Wien. med. Presse*, *n°* 33, *p.* 1263, 1891).

Le dermatol, ou gallate basique de bismuth, est une poudre jaune,

inodore, non hygroscopique, insoluble, inaltérable, stérilisable à la vapeur. Comme il n'est pas toxique, on peut en répandre *largâ manu* sur les plaies ouvertes. Il a l'avantage de ne provoquer aucune irritation. Tous ces caractères doivent le faire préférer à l'iodoforme. L'auteur le vante comme le meilleur antiseptique desséchant. Il a utilisé dans un grand nombre de cas la pommade à 25 0/0 ou le collodion dermatolé à 15 0/0.

Les plaies traitées par le dermatol guérissent sous la croûte. Dans les brûlures, même étendues, du premier et du second degré, il suffit de saupoudrer les surfaces après ouverture des bulles pour obtenir rapidement la guérison. L. GALLIARD.

I. — The supposed curative effect of operations per se par W. WHITE (*Annals of surg.*, *août* 1891).

II. — Des effets curatifs de certaines opérations purement exploratrices, par S. DUPLAY (*Semaine méd.*, 6 *janvier* 1892).

I. — Dans ce très intéressant travail, White étudie les cas de guérison survenue à la suite d'opérations où l'on n'a pas constaté de lésions locales. Il vise trois sortes de faits :

a. Opérations contre l'épilepsie ou les phénomènes nerveux. Sur 15 trépanations pour épilepsie faites par lui ou Horsley, 9 fois il n'existait aucune lésion; il y eut cependant, dans presque tous les cas, une grande amélioration, parfois guérison.

Sur 56 cas de trépanation pour épilepsie traumatique publiés par divers auteurs, W. trouve 25 guérisons, 18 améliorations, 3 récidives, et cependant, dans ces 56 cas, il n'y avait pas de lésion appréciable.

W. cite les cas de ligature des carotides ou des vertèbrales, contre l'épilepsie, 30 cas : 14 guérisons, 15 améliorations, une mort.

24 cas d'ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, 6 guérisons, 10 améliorations, 5 insuccès, 2 morts.

W. cite diverses autres opérations et les cas de guérison d'épilepsie à la suite de traumatismes accidentels et publie un cas intéressant de paraplégie guérie par la résection du rachis, sans avoir rien constaté d'anormal du côté des méninges et de la moelle.

b. Opérations pour les affections de l'abdomen et du bassin (péritonite tuberculeuse, ascite, guéries par simples ponctions).

c. Opérations diverses (ostéomalacie guérie par la castration, etc.).

W. cherche l'interprétation de ces guérisons : il discute l'action des anesthésiques (nulle) ; de la diminution de pression ou de tension, de l'influence morale et de l'action réflexe, et il conclut que ces trois facteurs sont, isolément ou réunis, la véritable cause de ces modifications si curieuses.

II. — Duplay passe en revue le travail de White, publie plusieurs cas personnels fort curieux (dont un de cancer péritonéal amélioré considérablement par une simple incision exploratrice pendant deux années). Il adopte les idées générales et les conclusions de l'auteur américain.

A. CARTAZ.

Resezione osteoplastica del cranio, par A. MUGNAI (*La Riforma medica*, p. 97, 15 *juillet* 1891).

Chez un homme de 42 ans, porteur d'une tumeur située à gauche de la ligne médiane un peu en arrière du bregma, avec perforation du crâne et troubles de la mobilité dans les 2 membres du côté droit, la tumeur augmentant de volume, Mugnai se décida à faire une incision périphérique et à soulever le fragment de la voûte cranienne correspondant au lambeau cutané; une hémorragie abondante étant survenue à ce moment, l'opération ne put être terminée que 3 jours plus tard; à ce moment, on enleva la tumeur qui avait le volume d'un œuf de poule et fut facile à énucléer, quoique son ablation ait donné lieu à une assez forte perte de sang; on replaça le lambeau cutané et osseux, mais le malade succomba au collapsus cardiaque au bout de 20 heures. L'ostéoplastie avait parfaitement réussi, comme le montra l'autopsie.

GEORGES THIBIERGE.

Trépanation hémisphérique dans les cas de lésions cérébrales à siège non localisable, par OLLIER (*Lyon méd.*, 20 *décembre* 1891).

O. a été conduit à cette pratique opératoire par le cas suivant :

1° Enfant de 15 ans, atteint de crises épileptiformes depuis plusieurs années, à la suite d'une fracture du crâne. Trépanation, ablation, d'une écaille osseuse, dure-mérienne; cessation des crises pendant cinq mois. Retour des crises; trépanation; répit de sept semaines. 3e trépanation, répit de vingt jours. Crises convulsives intenses. Ouverture des cicatrices de trépanation. Débridement jusques et y compris la pie-mère qui paraissait adhérente. Les crises s'éloignent et disparaissent pendant cinq mois. Retour des crises, coma, paralysie des quatre membres. Double trépanation en arrière de la bosse pariétale, libération des cicatrices. Calme de cinq mois, puis nouvelles crises aiguës, mort. A l'autopsie, on ne constate qu'un épaississement des parois craniennes et une légère adhérence cérébrale sur l'hémisphère gauche.

Pour assurer la décompression de l'encéphale, O. fit dans les deux cas suivants une trépanation bilatérale.

2° Homme adulte, chute sur le crâne, perte de la mémoire : paralysies vagues des membres inférieurs. Trépanation sur la bosse occipitale gauche, point de la lésion. Epaississement de la paroi cranienne ; amélioration passagère. Un mois plus tard, deux couronnes de trépan sur le côté opposé. Restauration des facultés, guérison complète.

3° Enfant de 3 ans et demi, crises convulsives, chute sur le crâne. Impossible de trouver une localisation. Trépanation sur la bosse pariétale droite, point de la lésion et à gauche sur la circonvolution de Broca. La parole revient, les crises ont diminué.

A. CARTAZ.

Résultats immédiats d'une craniectomie, par PRENGRUEBER (*Bulletin méd.*, 27 *janvier* 1892).

Enfant de 9 ans, atteint de microcéphalie avec arrêt de développement intellectuel ; il n'a marché qu'à l'âge de 3 ans et n'a pu apprendre ni à parler ni à lire. Actuellement yeux hébétés, lèvre inférieure renversée en dehors, langue presque constamment hors de la bouche toujours ouverte, d'où s'écoule la salive, qu'il n'a l'instinct ni d'avaler ni d'essuyer. Le crâne est allongé verticalement ; la suture fronto-pariétale forme une saillie très marquée ; les bosses frontales et pariétales sont complètement effacées, alors que la protubérance occipitale forme une proéminence considérable. Le crâne est asymétrique, le côté gauche étant notablement moins développé que le côté droit.

L'opération a consisté à pratiquer une brèche osseuse courbe, à concavité

inférieure, sensiblement parallèle à la suture sagittale et à 3 centimètres environ de celle-ci ; elle mesurait 2 centimètres de largeur et 11 centimètres de longueur. En outre on a fait la résection de la saillie, qui existait au niveau de la suture fronto-pariétale et qui, par son développement à la face interne, comprimait fortement la masse encéphalique.

Aussitôt après l'opération, aspect général meilleur et langage plus compréhensible ; dès le lendemain, l'enfant ne laisse plus écouler involontairement sa salive ; il a conscience du besoin d'uriner. Enfin on constate que son adresse à se servir des objets qu'on lui met dans les mains s'est sensiblement accrue, et qu'il peut faire manœuvrer certains jouets. OZENNE.

Tumeur du crâne d'origine osseuse et d'apparence anévrismale, par BAURAC (*Arch. méd. navale*, *p.* 95, *août* 1891).

Un garçon de 17 ans portait une tumeur occupant presque toute la moitié de la tête, recouvrant le pariétal, le temporal, une partie du frontal et de l'occipital du côté gauche. Le sillon d'implantation mesure 60 centimètres de circonférence, et les diamètres de la tumeur sont environ de 22 centimètres ; la hauteur est de 21 centimètres. Son volume est à peu près de 3 décimètres cubes. La tumeur très tendue est molle, sans fluctuation, avec battements sur certains points, où l'on constate en même temps du souffle : elle est irréductible. Le début remonte à 3 ans, et paraît avoir eu pour lésion initiale un nœvus.

A l'autopsie on trouva dans la tumeur des travées osseuses de consistance très différente, quelques-unes fort dures, et à l'examen microscopique, du tissu fibreux, adipeux et cartilagineux.

Le poids de la tumeur était de 3,570 grammes. MAUBRAC.

A knife-blade found in the brain (Lame de couteau ayant séjourné durant plusieurs années dans le cerveau), par Richard SLEE (*Med. News, p.* 95, 25 *juillet* 1891).

Un homme est apporté à l'hôpital ayant reçu plusieurs balles dont une avait pénétré dans l'abdomen, à deux pouces à gauche de l'ombilic. On fit la laparotomie 12 heures après, et on sutura l'intestin perforé en plusieurs endroits : le patient mourut le lendemain matin de péritonite septique.

A l'autopsie on trouva un corps étranger dans l'intérieur du crâne : c'était une lame de couteau large d'un centimètre et ayant pénétré dans le cerveau d'un pouce. Le couteau avait pénétré à près de 4 pouces en arrière du conduit auditif externe, au niveau de la suture occipito-pariétale, dans la portion postéro inférieure du lobe occipital.

La pointe de la lame était dans une capsule fibreuse, épaisse d'un pouce et demi et très adhérente au cerveau et à ses enveloppes. Le cerveau paraissait sain au voisinage. Il n'y avait pas de dépression ni de déplacement de l'os, et la lame avait évidemment passé entre les sutures, probablement dans l'enfance. La lame était brisée juste au niveau de la surface du crâne. MAUBRAC.

I. — The surgery of the spine, par W. WHITE (*Americ. Med. Assoc.*, 23 *septembre* 1891).

II. — Pott's disease, par JUDSON, KETCH, etc (*Americ. orthopedic Assoc.*, *septembre* 1891; *Med. News, p.* 413, 3 *octobre* 1891).

III. — A consideration of traumatic lesions of the spine resulting from railroad and other injuries, par MANLEY (*Journal of Americ. med. Assoc., p.* 750, 14 *novembre* 1891).

I. — Pour le traitement opératoire de la tuberculose spinale avec signes

de compression, voici les conclusions de White : Dans le mal de Pott, la paralysie n'est pas, en règle générale, due à la myélite transverse ou à une dégénération incurable, elle n'est point due non plus ordinairement à la compression par des vertèbres cariées ou déplacées, mais dans la majorité des cas elle est le résultat d'une pachyméningite externe qui donne naissance à une tumeur de tissu connectif extra duremérienne.

En général le pronostic est favorable, surtout chez les enfants, lors d'une paralysie de Pott, quand l'abcès, s'il existe, peut être évacué : le traitement par l'extension et le corset plâtré peut être employé, et le malade doit être placé dans de bonnes conditions hygiéniques.

Lorsque les autres moyens ont échoué, et que la maladie est en accroissement lent mais régulier, avec perte de motilité et sensibilité au-dessous de la lésion, avec incontinence d'urine et de matières fécales, avec développement d'ulcères de décubitus, et surtout lorsque des signes aigus menacent la vie, la résection devient justifiable. Le pronostic de l'opération est en proportion directe de la jeunesse et de la force du patient, de l'absence de tuberculose généralisée et de lésion dans les parties vitales.

Quand le processus tuberculeux affecte les arcs et qu'il y a paraplégie on peut entreprendre l'opération dans l'espoir non seulement de libérer la moelle, mais en même temps d'enlever le foyer de la maladie. Cette double indication peut être aussi remplie lorsque, sans affection osseuse, il y a pachyméningite ou un tuberculome occupant le canal vertébral.

Si la lésion des corps des vertèbres est dans la région lombaire, en un point où ces corps sont accessibles, on pourra dans certains cas mettre à nu la moelle en réséquant les lames, dans le but non seulement de lever la compression, mais encore d'aborder et exciser l'os malade et es granulations tuberculeuses.

Dans la tuberculose du corps d'une vertèbre et compression de la moelle, par pachyméningite antérieure, une seule indication peut être remplie : libérer la moelle de la compression. Dans les cas graves, l'opération sera entreprise seulement lorsque la compression aiguë, les complications du côté des organes respiratoires, le rapide développement des processus de dégénération réclameront d'une façon pressante l'intervention, ou bien lorsque dans un cas chronique, la marche est régulièrement progressive vers une terminaison fatale, quoiqu'il n'y ait point de lésions tuberculeuses viscérales présentes.

Pour ce qui a trait aux néoplasmes, White pense que tout cas de lésion spinale en foyer, supposée dépendante d'une tumeur qui n'est ni franchement maligne ni généralisée, est justiciable d'une opération, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'intensité ou de la durée des signes de compression.

Pour les fractures, on sait que les hémorragies, la destruction complète de la moelle, la compression par des fragments osseux inaccessibles, sont assez rares, et que les accidents de choc, de suppuration sont exceptionnels actuellement. Les résultats sont encourageants et conduisent à l'emploi plus fréquent de la résection des arcs et des lames lorsque la dépression de ces portions osseuses par fracture ou luxation est évidente ; lorsque après fracture, se manifestent rapidement des signes de dégénérescence ; lorsque existe de la compression de la queue de cheval,

soit par fracture antérieure ou postérieure, soit par tissu cicatriciel; enfin lorsqu'on est en présence de signes caractéristiques d'hémorragie spinale, intra ou extramédullaire. — L'opération est contre-indiquée lors d'un traumatisme si violent que la moelle est tout à fait désorganisée. Ce qui restera douteux avant d'opérer, sera de connaître l'étendue des lésions et la possibilité d'une réparation.

Il faut s'en tenir à la formule de Lauenstein : si après 6 ou 10 semaines il y a incontinence d'urine ou de fèces, et surtout ulcères de décubitus, il n'y a que peu d'espoir de voir les choses s'améliorer. Si ces signes sont absents, et s'il y a la moindre amélioration, mieux vaudra différer l'opération.

II. — *Judson* communique 3 observations dans lesquelles il a confondu le mal de Pott avec une affection maligne des vertèbres. Dans aucun cas il n'y avait de cyphose : deux fois on nota la paraplégie douloureuse des affections malignes et non celle du mal de Pott. Les principaux symptômes étaient la prostration générale, les douleurs très vives, l'impotence.

Samuel Ketch trouve que sur 75 cas de mal de Pott qu'il a recueillis, 37 appartenaient au sexe masculin, et 38 au sexe féminin; 28 malades étaient âgés de 1 à 5 ans, 31 de 5 à 10 ans, et 16 avaient plus de 16 ans. La durée moyenne du traitement pour obtenir la guérison était : pour la région cervicale 26 mois; pour la région dorsale 64 mois; et pour la lombaire 47 mois. Les abcès sont surtout fréquents (50 0/0) lorsque le siège de la maladie est dans les régions moyenne ou inférieure : la paraplégie est plus fréquente dans les régions supérieure et moyenne. La difformité peut disparaître par le traitement, mais cela est incertain.

Forest Willard étudie les indications de l'intervention chirurgicale. Lorsqu'il y a ankylose, la suspension, l'extension, le soutien des vertèbres malades, constituent un moyen de prévenir une opération ou au moins d'en assurer le succès. Les collections caséeuses et liquides sont traitées par la ponction et l'injection iodoformée. Si le liquide est séro-purulent on peut encore employer ces injections pour limiter le processus tuberculeux. Si l'abcès contient du pus, il faut l'inciser, le laver, mais sans manipulation pour éviter une fissure qui serait une porte d'entrée pour une infection générale. L'abcès est ensuite suturé, et dans sa cavité on fait pénétrer une solution huileuse d'iodoforme. Quand le siège de l'abcès permet son extirpation complète, il faut la pratiquer : les tubes à drainage seront laissés en place peu de temps pour éviter les fistules. De même pour les portions osseuses accessibles, que l'on pourra exciser. Lorsqu'il existe de la paralysie, on pourra réséquer les lames, après insuccès de l'extension, contre-extension, etc.

Weigel, chez un enfant de 8 ans, a vu persister les signes de paralysie malgré la position couchée. Puis un abcès pharyngien étant survenu, le décubitus avec extension amena une amélioration rapide, et au bout de quelques mois l'enfant était guéri.

Morgan Vance recommande la position couchée : elle amène rapidement la guérison dans les cas de paralysie, sans que la santé générale ait à en souffrir.

Bradford dit que le traitement des caries vertébrales est variable comme les conditions pathologiques sur lesquelles il est basé. Il doit être adapté à la portion de la colonne atteinte. Le traitement par la position

couchée, est de grande valeur dans les périodes aiguës, et chez les malades qui ont de la difficulté à marcher. Il faut fixer le malade, de telle sorte qu'il ne puisse se tourner dans son lit : c'est l'état général qui limite ce mode de traitement : dès que la nutrition générale en souffre, on doit l'abandonner. Les appareils sont d'un grand secours, que le décubitus soit maintenu ou non : mais ils réclament une surveillance attentive. Les corsets constituent un excellent appareil.

III. — Longue revue que l'on peut résumer ainsi :

Dans le plus grand nombre des cas, lorsque s'établit une paraplégie complète, après un traumatisme spinal, on peut admettre, avec presque certitude, que la moelle épinière présente une lésion palpable, qui ordinairement entraîne la mort. Il n'est point prouvé qu'une force traumatique peut entraîner soit immédiatement soit consécutivement une paralysie, sans déterminer des changements pathologiques bien marqués dans les éléments anatomiques de la moelle.

La force traumatique et les effets psychologiques étant les mêmes dans les accidents de chemins de fer et les autres accidents, rien ne justifie l'hypothèse de lésions graves de la moelle, résultant des collisions de trains, d'un caractère particulier. L'existence de l'anémie ou de l'hyperémie de la moelle, en tant qu'entité morbide, n'étant pas prouvée, il n'y a pas lieu de les admettre dans la nomenclature des affections spinales traumatiques.

Les lésions excentriques du dos et des lombes, sans que la moelle soit atteinte, peuvent néanmoins, par action sur les méninges, donner naissance à de la méningite, locale ou générale, et enfin atteindre la moelle : ces traumas extrinsèques peuvent aussi, en produisant des changements dans les os, articulations ou muscles, entraîner une faiblesse permanente ou une perte de force dans le dos ou les lombes.

Manley insiste sur les deux variétés de lésions qui résultent d'un trauma de la colonne vertébrale, et qui sont essentiellement différentes : celles qui atteignent la moelle, assez rares et généralement fatales, et celles extérieures au canal vertébral, très communes, et ne donnant lieu qu'à des troubles, sérieux il est vrai, des fonctions. MAUBRAC.

The back in Railway spine (Des déformations du dos dans le « Railway spine »), par X. DERCUM (*Americ. J. of the med. sc., septembre* 1891).

Les divers symptômes présentés par les 6 malades dont l'auteur donne les observations peuvent se grouper de la façon suivante : 1° ceux dus aux nouvelles conditions physiques du dos ; 2° ceux tenant aux modifications fonctionnelles et à l'asthénie ; 3° les symptômes psychiques et hystériques. Au premier groupe se rattache : 1° la douleur à la pression; 2° la douleur au mouvement et à la pression transmise ; 3° la contracture musculaire et la rigidité ; 4° la paralysie musculaire. La douleur à la pression, au mouvement, à la percussion est évidemment le résultat d'une lésion, soit des ligaments de la colonne rachidienne, soit des muscles, probablement des deux.

Au groupe des symptômes par troubles fonctionnels et par asthénie se rattachent les divers symptômes de parésie générale, mentale et physique, le tremblement, la rétention et l'incontinence d'urine, etc.

Au groupe des symptômes psychiques et hystériques on peut rattacher l'hypochondrie, les terreurs nocturnes et les convulsions.

Les symptômes sont en général plus marqués un certain temps après l'accident. L'auteur pense qu'il ne se fait que progressivement une extension inflammatoire au voisinage des points primitivement atteints, suivant les tendons et les muscles.

Au point de vue du pronostic, il est tout à fait impossible de préciser la durée des déformations; elle est probablement en rapport avec le degré de la lésion. Dans quelques cas il a fallu plusieurs années pour obtenir la guérison. F. VERCHÈRE.

Drainage vertébral dans le mal de Pott, par VINCENT (*Lyon méd.*, 24 *janvier* 1892).

Vincent pratique le drainage dans le cas d'abcès par congestion intarissable et de paraplégie. Lorsqu'il y a cyphose, il fait un drainage passant par le sinus de l'angle de courbure; quand la cyphose manque, il trépane le corps vertébral en se guidant sur le trajet des fongosités qui fusent entre les côtes.

Voici le manuel opératoire pour les deux cas :

1° Incision verticale le long du bord externe de la masse musculaire spinale; incision horizontale tombant sur la première et suivant l'espace intercostal. S'il en est besoin, évidement et résection des côtes. Contre-incision et résection semblables de décharge à l'autre côté du rachis. Passage du drain avec un stylet recourbé.

2° Mêmes incisions, mêmes évidements ou résections des côtes de chaque côté du rachis. Trépanation du corps vertébral à la curette tranchante et en suivant le trajet des fongosités. Après avoir enlevé ces fongosités et les petits séquestres, passage du drain. A. C.

Die Amputation des Wirbelskanals zum Behuf des hinteren Bauchhöhlenschnitts (Der Cœlilectomia posterior) nach Pr Rose (L'amputation du canal vertébral en vue de l'ouverture du bassin par la région postérieure : Cœliectomie postérieure du Pr Rose), par Ad. MAAS (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XXXII*, 3-4, *juillet* 1891).

Dans ce mémoire, Maas décrit une nouvelle opération préconisée par Rose dès mars 1887 et qui n'est, en somme, qu'une modification des opérations intrapelviennes faites par la voie sacrée par Kraske, Hochenegg, Bardenheuer, etc. Le changement proposé repose tout entier sur la façon dont on se crée, au niveau de la région sacrée, un chemin pour atteindre les organes du bassin, rectum, utérus, etc. Voici en quelques mots en quoi il consiste : résection du coccyx et de toute la portion du sacrum qui dépasse le niveau du bord inférieur du bassin osseux, c'est-à-dire le niveau de la grande échancrure sciatique ; ce qui oblige forcément à ouvrir le canal sacré et à enlever la queue de cheval. On le voit, il s'agit là simplement d'une résection du sacrum un peu plus étendue que celles recommandées par les auteurs cités plus haut.

Voici comment opère Rose : Décubitus latéral gauche. Incision concave à gauche, commençant au niveau de l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque gauche ; le bistouri va jusqu'à l'os. L'incision passe sur la ligne médiane, s'en éloigne de trois travers de doigt, puis revient

vers l'anus où elle se termine sans toucher au sphincter. On dénude coccyx et sacrum sur toute leur face postérieure (hémorragie insignifiante), sectionne les ligaments sacrosciatiques, détache le sphincter du coccyx en arrière et libère la face antérieure de cet os et du sacrum. Quand la masse osseuse à enlever est bien isolée, on sectionne le sacrum aussi haut que l'on peut en enfonçant une pince coupante dans la grande échancrure sciatique. La voie étant ainsi ouverte, on pénètre facilement dans le petit bassin.

Rose insiste sur l'usage de la pince coupante ; elle écrase, en les sectionnant, les vaisseaux au milieu des trabécules osseux comprimés les uns contre les autres : ce qui diminue l'importance de l'hémorragie d'origine intra-osseuse, assez notable quand il s'agit de tissu spongieux.

Le chirurgien allemand a fait six fois cette opération : 1° Carcinome du rectum et de la prostate avec fistule périnéale carcinomateuse; extirpation du rectum et amputation de la prostate par la cœliectomie postérieure. 2° Carcinome du rectum, de l'anus et du sacrum avec rétrécissement absolu du rectum et fistule rectale cancéreuse ; extirpation du rectum. 3° Carcinome du rectum et de l'S iliaque avec rétrécissement du rectum ; extirpation de l'S iliaque. — On le voit, dans ces trois cas, il s'agit de cancer fort étendus du rectum : deux opérés ont guéri ; le troisième mourut rapidement, mais l'état local resta satisfaisant. — 4° Cancer de l'utérus et du vagin ; extirpation des ovaires, de l'utérus et du vagin. 5° Carcinome utérin ; extirpation de l'utérus et des ovaires. 6° Carcinome cancroïdal de la partie vaginale de l'utérus et altération cancéreuse de la vessie ; extirpation de l'utérus et des ovaires. — Dans ces trois derniers cas, il s'agit donc d'extirpation d'utérus cancéreux : une guérison qui se maintient depuis deux ans ; deux morts opératoires par collapsus (hémorragies abondantes antérieures à l'intervention).

MARCEL BAUDOUIN.

Ueber Stichverletzungen des Rückenmarks (Des blessures de la moelle par instruments piquants), par Otto BODE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 533, *et n°* 23, *p.* 562, 1 *et* 8 *juin* 1891).

Fait remarquable par l'absence de troubles de la sensibilité :

Homme de 35 ans ayant reçu plusieurs coups de couteau; celui de la nuque le fait s'affaisser, sans perte même passagère de la connaissance, car il s'aperçoit immédiatement qu'il a le côté droit complètement paralysé. Plaie trans versale, longue de 5 centimètres, à bords nets, au côté droit de l'occiput : les insertions occipitales du trapèze droit sont en majeure partie sectionnées. Dans le fond de la plaie qui est en entonnoir, la partie droite de l'occipital est dénudée jusqu'au rachis ; l'atlas et l'axis sont à découvert et intacts.

Paralysie totale des scalènes droits et de tous les muscles de l'épaule et du bras correspondants ; fonctionnement normal du sterno-mastoïdien droit. Côté droit du thorax immobile pendant les mouvements respiratoires ; contraction paresseuse et incomplète des muscles du côté droit de l'abdomen. Mouvements du membre inférieur droit tous encore possibles, mais lents, peu énergiques et très pénibles ; station debout et marche impossible sur ce membre. Sensibilité, dans toutes ses modalités, parfaitement normale et la même des deux côtés. Ultérieurement, il y eut pendant peu de temps un léger fourmillement dans le membre supérieur paralysé, et une douleur localisée entre la malléole interne et le calcanéum droits. Intégrité parfaite des sphincters vésical et rectal. Pas de priapisme ni de troubles vasomoteurs. Pouls normal, température un peu élevée. Aucune trace de dégénérescence élec-

trique. Réflexes normaux et pareils des deux côtés. Au bout de 3 semaines, retour graduel de la motilité, accompagné d'une exagération de plus en plus forte de l'excitabilité réflexe des muscles paralysés ; cette excitabilité morbide disparut dans le cours de 3 mois. L'année suivante, cet homme a été vu à diverses reprises ; il n'offrait plus d'autre trouble que du tremblement par instant, dans le membre supérieur droit, dont les fonctions s'exécutent d'ailleurs normalement.

Bode a trouvé, dans la littérature, 36 autres observations de plaies de la moelle par instruments piquants. 20 fois sur les 36, l'instrument vulnérant avait atteint la moelle cervicale, dont 9 fois au voisinage immédiat de l'atlas. Des 16 faits restants, 12 concernent la moitié supérieure de la colonne dorsale.

28 observations indiquent le côté où se trouvait la plaie extérieure ; sur ce nombre, 11 fois l'arme n'avait pas dépassé la ligne médiane, et 17 fois la blessure de la moelle occupait le côté opposé. Au cou, les plaies cutanée et médullaire siégeaient 7 fois du même côté, 9 fois l'une était du côté opposé à l'autre, enfin 2 fois, bien que la plaie externe fût sur la ligne médiane, la moelle n'était blessée que d'un côté. Au dos, 4 fois les plaies cutanée et médullaire se trouvaient du même côté, tandis que 9 fois elles occupaient des côtés opposés ; 1 fois la plaie extérieure était sur la ligne médiane et n'avait donné que des symptômes d'hémisection.

Dans le cas de Bode, la plaie des parties extérieures et celle de la moelle se trouvaient du même côté et la paralysie des scalènes permettait d'en placer le siège vraisemblable entre la 2e et 3e vertèbres cervicales ; c'est la partie postérieure des cordons latéraux qui a été atteinte.

Dans les cas les plus simples de plaies médullaires unilatérales par instruments piquants, le retour des fonctions débute de la 3e à la 4e semaine après la blessure, et dans un laps de 3 à 6 mois, le blessé peut marcher sans soutien.

Huit malades ont eu de la rétention d'urine et de la constipation ; chez trois, les fonctions de ces sphincters n'ont été que paresseuses ; plus tard, s'il n'y a pas retour à l'état normal, c'est l'incontinence qui domine ; le niveau de la blessure n'a aucune importance à cet égard. L'instinct sexuel n'était éteint que dans un cas de lésion au niveau des 3e et 4e vertèbres dorsales. L'aptitude au coït était notablement diminuée dans une blessure au niveau de la 7e vertèbre cervicale. Enfin le priapisme est signalé deux fois (blessures de la moelle cervicale).

La température cutanée était élevée chez 4 blessés, abaissée chez 1 (cas Riegel, *R. S. M.*, II, 700) ; enfin, chez un autre (cas Burresi, *R. S. M.*, VIII, 203), les parties paralysées offraient des oscillations thermiques entièrement indépendantes des variations physiologiques du reste du corps. Quant à l'élévation de la température générale, elle n'est signalée que dans peu de cas relativement, et plutôt que de la rapporter à un trouble des centres thermiques, il est plus vraisemblable de l'expliquer par une complication infectieuse ou inflammatoire.

La pupille était rétrécie du côté paralysé dans 5 observations et dilatée dans 1. Du siège des blessures, il est impossible d'inférer s'il s'agissait d'une paralysie ou d'une irritation du sympathique ou d'une atteinte du centre cilio-spinal ou de ses voies de communication. (*R. S. M.*, IX, 165 et 666 ; X, 237 ; XIV, 647 ; XXVII, 718 ; XXIX; 126 et 649 ; XXX, 126 et XXXI, 701). J. B.

Kyste hydatique du canal médullaire, par B. RAMSON et R. ANDERSON (*Gaz. méd. Paris*, 19 *décembre* 1891).

Homme de 42 ans, atteint de paraplégie récente ayant succédé à des douleurs lombaires ataxiformes dont le début remonte à une dizaine de mois. Actuellement ces douleurs sont devenues plus intenses, et au niveau de la région lombaire, non déformée, existe une certaine sensibilité. Dans les jours suivants apparaissent de la rétention d'urine, des troubles de motricité et de sensibilité dans les membres inférieurs et des eschares sacrées. Le canal rachidien fut ouvert au niveau de la région dorso-lombaire; mais, après incision de la dure-mère, rien d'anormal ne fut découvert.

Mort 3 jours après; l'autopsie a révélé l'existence de deux poches indépendantes, contenant des kydatides dans les muscles dorsaux du côté droit, puis d'un kyste hydatique caséifié dans le canal rachidien à la hauteur de la dixième dorsale, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de l'extrémité supérieure de l'incision, faite du vivant du malade; à ce niveau, la moelle avait subi une désintégration complète de sa structure. OZENNE.

Cure radicale d'un spina bifida par greffe d'une plaque osseuse empruntée à un lapin, par Paul BERGER (*Bull. acad. de méd.* 12 *janvier*, et *Bullet. méd.*, 13 *janvier* 1892).

Pour guérir une fillette de sept semaines, atteinte d'un spina bifida lombaire, qui menaçait de se rompre, et compliqué d'une paraplégie, Berger a taillé deux lambeaux cutanés, l'un supérieur et l'autre inférieur, puis, après avoir ouvert le sac séreux, il a détaché avec soin des enveloppes un cordon, qui semblait être le prolongement de la moelle, et il l'a réduit dans le canal rachidien.

Cela fait, une lamelle osseuse ayant exactement les dimensions de cet orifice a été taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin et insérée dans la perte de substance de la paroi postérieure du canal rachidien; ensuite la partie exubérante du sac méningé a été excisée et son pédicule fermé par une suture en surjet, et finalement les lambeaux cutanés ont été suturés. Suites opératoires excellentes, si l'on fait abstraction d'un léger accroissement de la paraplégie; la cicatrice est bonne et très résistante. OZENNE.

Ueber einen Fall von Luxation des Herzens (cœur), **par HEINLEIN** (*Intern. klin. Rundschau*, n° 2, 1891).

Une homme pris entre les tampons de deux wagons, fut tué sur le coup. Les sept premières côtes droites étaient rompues au niveau de leurs cartilages; le sternum était séparé de la clavicule droite, et il y avait entre ces os une différence de niveau de deux travers de doigt. Les plèvres déchirées étaient pleines de sang; le poumon droit, qui occupait sa situation normale, n'adhérait plus à rien; et son hile était sectionné comme à une autopsie. Le cœur était sorti du péricarde par une ouverture large de 5 centimètres, située en haut et à gauche; il avait filé dans la plèvre gauche. Tous les vaisseaux de sa base étaient irrégulièrement sectionnés, sauf les quatre veines pulmonaires, seule connexion reliant le cœur aux organes voisins.

L'abdomen était rempli de sang et le foie déchiré.

La pression des tampons s'était exercée d'avant en arrière et de droite à gauche, et le cœur, comme tout le médiastin, avait été violemment refoulé vers la partie postérieure de la plèvre gauche. LEFLAIVE.

Anévrisme artérioso-veineux, par WOLFF (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLI*, 4).

Observation d'un anévrisme artérioso-veineux siégeant au bras droit,

remarquable 1° par l'absence d'artère efférente; 2° par l'absence de *thrill*. L'auteur pense que la courbe sphygmographique désignée sous le nom d'anacrotisme par Ebenau, est seule pathognomonique de l'anévrisme artérioso-veineux. MAURANGE.

I. — Anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive, etc., par LE DENTU (*La médecine moderne, p.* 721, 15 *octobre* 1891).

II. — Un cas d'anévrisme artério-veineux de la carotide interne gauche dans le sinus caverneux du même côté, par KALT (*Bull. acad. méd.*, 1er *septembre* 1891, *et Bull. méd., p.* 625, 1891).

I. — Homme de 34 ans, présentant sur le cou et la partie supérieure du thorax une tumeur oblongue, oblique à droite de bas en haut, soulevée par des mouvements d'expansion rythmés comme les pulsations cardiaques; la première pièce du sternum est détruite ainsi qu'une partie de la seconde et le tiers interne de la clavicule; scoliose avec incurvation du tronc à gauche; matité avec souffle systolique intense dans toute la portion mate. Peu de troubles de compression, sauf des douleurs vives dans l'épaule et le bras droits. Syphilis s'étant traduite par des hyperostoses des tibias et des accidents cérébraux guérie par le traitement mercuriel. Après la ligature de la sous-clavière et de la carotide primitive suivant la méthode de Brasdor, légère diminution de volume de la tumeur, qui reprend ensuite et dépasse bientôt son volume primitif; mort 6 semaines après l'opération.

GEORGES THIBIERGE.

II. — Il s'agit dans ce cas d'un malade offrant, outre les symptômes ordinaires de cette lésion, une surdité persistante et une hémiplégie passagère du côté gauche; la branche ophtalmique était seule hyperesthésique à un faible degré. Après échec de la compression digitale exercée dans les quinze premiers jours, on a fait la ligature de la carotide primitive sans accidents immédiats, et il en est résulté une diminution de l'exophtalmie et la cessation des pulsations orbito-craniennes; 15 jours après l'opération, un souffle se faisait de nouveau entendre au niveau de la région malaire, et aucune modification dans la paralysie des nerfs moteurs de l'œil n'était survenue.

OZENNE.

Das Aneurysma der Nierenarterie (2 cas d'anévrisme de l'artère émulgente), par Richard OESTREICH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 42, *p.* 1042, 13 *octobre* 1891).

1° Femme de 50 ans; attaque d'apoplexie qui entraîne une chute dans un escalier. Dans la dernière quinzaine de la vie, hématuries. Au niveau du rein gauche, on perçoit une grosse tumeur; la vessie est distendue par du sang en partie coagulé.

A l'autopsie, ventricule gauche dilaté et hypertrophié; nombreuses plaques d'endartérite dans l'aorte. Foyer de ramollissement dans la couche optique gauche. Foyers multiples, plus petits, dans le noyau lenticulaire et la capsule interne du même côté. Les branches les plus voisines de l'artère émulgente gauche dilatée et rompue sont dilatées et flexueuses. Rein droit petit avec artères épaisses et flexueuses. Uretères normaux.

2° Jeune homme ayant succombé à des embolies consécutives à une endocardite maligne, mais n'ayant pas présenté de symptômes du côté des organes urinaires. A l'autopsie, on trouve un anévrisme sacciforme, gros comme une pomme, sur le tronc de l'artère émulgente droite. Cet anévrisme était placé entre le rein et la capsule surrénale, d'une part et l'aorte, d'autre part; il s'était développé directement en haut, derrière le foie. J. B.

Enchondroma of the upper jaw (Mâchoire supérieure), par W. L. MUNRO (*N. York med. journ.*, *p.* 584, 23 *mai* 1891).

Il s'agit d'une tumeur du maxillaire supérieur, grosse comme une pomme, ayant débuté à gauche, atteignant les deux os malaires, déformant le nez, chez une femme de 73 ans. La surface est ulcérée. On diagnostique un sarcome. Incision de la peau en H. Ablation de la tumeur par morcellement, car toutes les parties ne sont pas également dures. Guérison rapide. L'examen histologique montre les éléments de l'enchondrome. L. GALLIARD.

Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires par la désinsertion du masséter, par LE DENTU (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVII*, *p.* 64).

Chez une jeune fille de 23 ans, atteinte de constriction des mâchoires à la suite d'une périostite suppurée par évolution vicieuse de la dent de sagesse inférieure gauche, Le Dentu imagina l'opération suivante : incision le long du bord de la mâchoire depuis l'angle jusqu'au bord antérieur du masséter, sans couper l'artère ni la veine faciale ; désinsertion du masséter avec la rugine. Les adhérences de la muqueuse buccale au bord antérieur de la branche montante s'opposant encore à l'écartement, ces adhérences furent détachées à l'aide d'une rugine très courbe. La bouche put s'ouvrir alors assez largement ; le ptérygoïdien interne fut aussi désinséré sur une hauteur de 2 centimètres. Un bâillon laissé à demeure, les huit premiers jours, fut remplacé par un coin de bois que la malade enlevait pour manger. Le résultat se maintint bon, la malade continuant à introduire chaque jour le coin pour écarter les mâchoires.

Ce procédé est applicable aux cas où la cause de la constriction réside exclusivement dans la rétraction inflammatoire du masséter et du ptérygoïdien interne. C. WALTHER.

Résection de l'articulation temporo-maxillaire dans un cas d'ankylose osseuse, par HEDRICH (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *mai* 1891).

Enfant de 11 ans, atteint depuis cinq années d'ankylose complète des deux articulations temporo-maxillaires, survenue à la suite d'une chute sur le menton. En octobre 1890, on procède à la résection des deux articulations au moyen d'une incision en croix au niveau de l'article, l'artère temporale et le nerf facial étant ménagés ; à l'aide du ciseau-gouge et du marteau, on enlève une pièce osseuse, du volume d'une petite noix, comprenant l'extrémité du condyle du maxillaire inférieur et une partie de l'apophyse zygomatique de l'os temporal. Pas d'hémorragie ; guérison en dix jours. Comme résultat thérapeutique, on a obtenu la mobilité du maxillaire, un écartement de 3 centimètres des arcades dentaires et par suite la possibilité de se nourrir d'aliments solides.

D'après l'examen des pièces réséquées, il s'était produit une luxation partielle du condyle qui avait persisté. Au côté interne de chaque pièce existait une fente très mince répondant à l'ancienne articulation, et au côté externe il n'y avait plus trace de ligne inter-articulaire ; il existait en un mot une synostose complète du condyle et de l'apophyse zygomatique du temporal. Dans ce cas, c'est la résection de l'article qui doit être l'opération de choix.

OZENNE.

Fractures du maxillaire supérieur à 4 fragments, par WALTHER (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 590, *novembre* 1891).

Un garçon de 18 ans reçoit sur la racine du nez le bord tranchant du fond d'un tonneau plein de pétrole. Le nez, la face avaient été divisés par une

large plaie transversale étendue d'une pommette à l'autre : tout e maxillaire supérieur tombait sur la langue : les os du nez, les deux maxillaires étaient brisés par une fracture oblique en bas et en arrière ; les palatins et les apophyses ptérygoïdes étaient aussi divisés. Les deux maxillaires supérieurs avaient été séparés l'un de l'autre, et une fissure médiane antéro-postérieure, dans laquelle on pouvait introduire le doigt, divisait la voûte palatine. Chacun de ces fragments latéraux était divisé en deux fragments secondaires par une fracture transversale. Il existait donc 4 fragments cubiques : 2 antérieurs comprenant la partie antérieure des maxillaires jusqu'à la première petite molaire inclusivement, deux postérieurs comprenant toute la partie postérieure des maxillaires avec les apophyses ptérygoïdes.

Suture des parties molles : guérison ; les 2 fragments antérieurs se sont soudés sur un plan plus élevé que les postérieurs : c'est la seule difformité qui ait persisté.

Walther a pu expérimentalement reproduire cette fracture à quatre fragments, dont il étudie le mécanisme. MAUBRAC.

I. — Ueber eine Geschwulst der Oberlippe (Adénome de la lèvre supérieure), par HANAU (*Berlin. klin. Wochens., p.* 1105, 2 *novembre* 1891).

II. — Diffuse Adenombildung... (Adénome des glandes acineuses de la lèvre inférieure), par FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1360, 1891).

I. — Petite tumeur pédiculée sur la muqueuse de la lèvre supérieure, et existant depuis longtemps chez une femme de 40 ans. Ablation par énucléation. L'examen microscopique fit reconnaître un adénome à petits kystes. La cavité principale était revêtue d'épithélium pavimenteux stratifié; le stroma se composait par place de tissu conjonctif et ailleurs de tissu muqueux. J. B.

II. — Un jeune homme portait depuis l'âge de 5 ans une tumeur de la lèvre inférieure qui donnait à cette dernière l'apparence d'une saucisse recouvrant partiellement le menton. On pensait à un lymphome ou à des lymphangiectasies.

Extirpation. En divisant la muqueuse on vit s'écouler des masses arrondies semblables à des vésicules adipeuses. C'étaient des glandes hypertrophiées. Les glandes acineuses de la lèvre inférieure ont un diamètre de 1 à 5 millimètres, à l'état normal ; celles-là atteignaient le volume de noyaux de cerises. L. GALLIARD.

Du lymphangiome de la cavité buccale, par SAMTER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLI*, 4).

Sept observations : Cinq de tumeurs papillaires sans bords nettement délimités, avec des vésicules ou mieux de petites formations kystiques, d'aspect caractéristique ; une de macroglossie télangiectasique ; une enfin de lymphangiome kystique, ou plus exactement de lymphectasie kystique. Ces observations se différencient de celles jusqu'ici publiées, par la localisation du lymphangiome à la langue, sans extension du processus aux joues et aux lèvres. MAURANGE.

Un essai de restauration osseuse de la face, par GAYET (*Bull. acad. de méd.*, 12 *janvier* 1892).

Homme de 31 ans, portant une cicatrice vicieuse de la face, résultant d'un violent traumatisme. Sous cette cicatrice la région sous-orbitaire gauche avait été enfoncée; on sentait une pointe presque aiguë, qui n'était

autre chose que l'extrémité d'une esquille déplacée et soudée dans une position vicieuse. Au-dessous de cette pointe se trouvait un vide, attestant l'enfoncement de la paroi antérieure du maxillaire et de l'os jugal.

La peau adhérente à ces cals difformes constituait un système cicatriciel très disgracieux, par lequel le grand angle était tiraillé et l'angle externe fortement abaissé. L'opération suivante a été faite avec succès : après avoir taillé et relevé un lambeau cutané, qui a mis les os à nu, on a reconnu l'esquille, et le périoste étant soigneusement ruginé, on a détaché le fragment osseux en le circonscrivant par une série de trous très rapprochés et creusés au moyen d'un foret américain ; une petite lime, faisant fonction de scie, a uni les trous et a terminé la section.

Lorsque le rebord orbitaire n'a plus tenu que par le plancher, sans fracturer celui-ci, mais simplement en le courbant, on a relevé le tout au moyen d'un ciseau, ce qui a découvert une large plaie osseuse, dont les lèvres ont été maintenues écartées par des clous de platine bicoudés. Au niveau de l'extrémité externe de la plaie un clou a été noyé dans les os pour assurer la fixité du fragment osseux, ce à quoi les chevilles bicoudées n'auraient pas été suffisantes.

Cela fait, l'esquille a été réséquée et le lambeau cutané rabattu et suturé après nettoyage du sinus maxillaire.

Les suites excellentes de cette opération ont donné ce résultat : le grand angle s'est rétréci ; les voies lacrymales, ménagées avec soin, fonctionnent bien et l'angle temporal des paupières s'est sensiblement relevé en même temps que le creux du squelette s'est effacé. OZENNE.

Un caso di fistola congenita completa del collo (fistola branchiale), par E. TRICOMI (*La Riforma medica, p.* 541, 28 *août* 1891).

Femme de 24 ans, portant sur la partie latérale droite du cou, à 2 centimètres 1/2 de l'articulation sterno-claviculaire, à 3 centimètres de la ligne médiane et à 8 centimètres de l'angle du maxillaire inférieur, sur le bord interne de la portion sternale du sterno-cléido-mastoïdien, une ouverture ronde de 2 millimètres de diamètre, légèrement déprimée, dans laquelle un stylet pénètre jusqu'à 10 centimètres de profondeur ; un liquide coloré, injecté à travers cet orifice, vient sortir au voisinage et en arrière de l'amygdale droite ; la déglutition se fait régulièrement, mais s'accompagne d'une sensation de tiraillement du cou et d'une forte douleur de tête. Une incision fut faite depuis l'orifice externe jusqu'à l'angle de la mâchoire en se guidant sur la sonde introduite dans la fistule, et son trajet fut isolé par dissociation des tissus voisins auxquels elle était peu adhérente, puis le trajet fut disséqué jusqu'au niveau de l'orifice interne en s'aidant d'un doigt introduit dans la bouche, et cet orifice fut oblitéré au moyen d'un point de suture. Guérison complète. GEORGES THIBIERGE.

Traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par A. GUINARD (*Un vol. in-8°. Paris*, 1892).

Étude critique, fort complète, basée sur plus de 260 observations sommairement relatées.

On doit abandonner au traitement médical tous les cancers qui ne s'accompagnent pas de phénomènes douloureux, de sténose progressive, et d'inanition progressive.

L'ablation de la tumeur ne se peut faire utilement que si la tumeur est mobile, petite, unique, ce qui rend l'opération relativement facile, innocente et efficace. Or, ces conditions ne se présentent qu'au début des

accidents gastriques, d'où nécessité d'un diagnostic précoce qu'on doit établir à l'aide de tous les moyens : gastroscopie, dilatation artificielle de l'estomac, etc. Mais le procédé vraiment chirurgical, capable de donner des renseignements précis, est la laparotomie.

Si le malade n'est amené que tardivement au chirurgien, on ne pourra opérer que des tumeurs avancées dans leur évolution, adhérentes au pancréas, au côlon, etc., avec des engorgements ganglionnaires, etc. Dans ces conditions-là, ce n'est pas à la gastrectomie qu'il faut recourir, mais à la gastro-entérostomie, d'emblée. Cette opération de Wölfler donne une survie moyenne moins prolongée que la résection, mais les résultats palliatifs en sont plus complets : la mort vient progressivement sans qu'il y ait récidive des phénomènes d'obstruction, de douleur, et d'inanition.

Les symptômes contre lesquels est dirigée la résection reparaissent dans la majorité des cas de pylorectomie, au bout d'un certain laps de temps, au point qu'on est obligé parfois de recourir ultérieurement à l'opération de Wölfler.

Les résultats palliatifs de la gastro-entérostomie sont remarquables et les dangers immédiats que cette opération fait courir au malade ne sont pas hors de proportion avec le bénéfice qu'il en retire : c'est donc la gastro-entérostomie d'emblée qui est l'opération de choix, à peu près dans tous les cas, à l'exclusion de la résection : celle-ci doit être réservée aux malades chez qui, par exception, on aura pu, de bonne heure, faire une laparotomie exploratrice et un diagnostic précoce.

Bien que l'auteur convienne que les statistiques sont illusoires pour apprécier la mortalité opératoire de ces interventions, voici les chiffres qu'il a obtenus :

149 opérations de pylorectomie ont donné 86 décès avant le 4e jour, soit 57.71 0/0. En ne considérant que les faits postérieurs à 1887, on compte 66 opérés et 35 décès immédiats, soit 52.23 0/0, amélioration statistique due en majeure partie à la dextérité opératoire spéciale acquise par la pratique. — Pour la gastro-entérostomie, les chiffres sont fort dissemblables : les résultats de la clinique de Vienne donnent 50 0/0 de mortalité, et ceux de la clinique de Strasbourg (Lücke) 12.50 0/0, ce qui donne pour 105 cas un chiffre moyen de léthalité de 31.50 0/0, chiffre illusoire, et supérieur à ce qu'il devrait être. MAUBRAC.

Eine operative Behandlung der Magenerweiterung (**Traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac**), par **Heinrich BIRCHER** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 23, *p.* 713, 1er *décembre* 1891).

Dans la gastrectasie sans obstacles au pylore, les parois stomacales distendues sont devenues incapables de se contracter assez énergiquement pour faire circuler les aliments occupant les points les plus déclives. Guidé par cette idée, Bircher s'est proposé de rétrécir l'estomac. Rejetant la résection qui est une opération dangereuse, il a diminué la capacité de l'estomac, en en plissant les parois ; de cette façon, il remédie à la déclivité de la grande courbure qui est la région la plus basse de l'organe.

1° Homme de 46 ans. Opération le 21 juillet 1891. Incision parallèle au rebord des côtes gauches. L'estomac est attiré au dehors de la cavité abdo-

minale et développé. La paroi antérieure est diminuée de hauteur, en suturant d'abord deux points extrêmes de la petite courbure aux deux points correspondants de la grande, puis la ligne réunissant ces points et une ligne réunissant les points extrêmes à deux points situés sur la face antérieure de l'estomac. On avait ainsi formé, à l'intérieur de l'organe, un pli vertical de haut en bas et parallèle à l'axe longitudinal de l'estomac. Bircher appliqua en tout 30 sutures à la soie, n'intéressant que la séreuse et la musculeuse. Il réduisit alors l'estomac sans difficulté, bien qu il se fût rempli de gaz. La plaie pariétale fut réunie par une suture sur 3 étages. Guérison rapide. Durant les 6 premiers jours, lavements alimentaires, puis nourriture liquide et enfin aliments solides. Dès le 12e jour, l'homme commençait à travailler, n'éprouvant plus de troubles digestifs. Au bout de 3 mois, les habitudes intempérantes du malade lui occasionnèrent un catarrhe gastrique avec vomissements et violentes douleurs dorsales. Comme dans l'opération ci-dessus, Bircher avait constaté sur la petite courbure, au voisinage de la paroi postérieure et du pylore, l'existence d'une induration, il pensa à un cancer et fit, le 19 octobre, une deuxième laparotomie, à 2 centimètres en dedans de la précédente incision. La région pylorique de la paroi stomacale postérieure était indurée jusqu'au pancréas. L'excision, très laborieuse, donna lieu à une forte hémorragie et à l'épanchement, à deux reprises, dans la cavité abdominale, d'une grande quantité de bile, malgré que l'estomac eût été au préalable vidé et lavé avec le crésylol. Après un nettoyage minutieux, l'estomac et la cavité abdominale furent refermés, l'un et l'autre, par 3 plans de sutures. Le lendemain, mort dans le collapsus.

L'autopsie ne révéla d'autres lésions qu'une coloration jaunâtre, bilieuse des viscères abdominaux ; pas trace de péritonite. Le canal hépatique était dilaté au point de permettre l'introduction du petit doigt. Cette dilatation était due à une bride qui, du foie, en passant sur le duodenum, s'étendait jusqu'au point où, à l'état normal, d'ascendant le côlon devient transverse.

La plaie de l'estomac était bien refermée. A 2 centimètres plus à gauche, se voyait une place indurée, ayant des dimensions un peu supérieures à une pièce de 2 francs et formée par du tissu conjonctif cicatriciel présentant à son centre un ulcère rond à parois lisses. Tout autour des ligatures à la soie de la première opération, s'étaient développées de petites nodosités conjonctives dures. Le pli créé à l'intérieur de l'estomac avait conservé à peu près ses dimensions premières. Les deux séreuses juxtaposées n'adhéraient encore que lâchement, de sorte que le maintien de la réunion semblait dû aux nodosités conjonctives développées autour des sutures. La muqueuse du pli stomacal avait un aspect normal. Le microscope ne révéla aucune cellule cancéreuse dans les portions indurées de l'estomac et du pancréas, enlevées lors de la deuxième laparotomie.

2° Femme de 60 ans. Opération le 11 août 1891, pratiquée de la même façon que chez le premier malade. Mais la dilatation de l'estomac était dûe à une cause peu ordinaire : à l'allongement de la grande courbure qui descendait jusqu'au dessous du nombril. Aussi pour rétrécir l'estomac, Bircher fit-il un pli vertical en haut et à angle droit sur l'axe longitudinal de l'organe. Guérison parfaite.

3° Homme de 43 ans ayant eu, entre autres symptômes gastriques, du melœna et des hématémèses. Opération, de même que chez le premier opéré, le 24 août 1891. La paroi antérieure de l'estomac offrait la cicatrice déprimée d'un ulcère. Les symptômes de la dilatation disparurent, mais ceux du catarrhe nécessitèrent une cure de Carlsbad.

4° Femme de 36 ans chez laquelle la grande courbure descendait à 2 centimètres au-dessous du nombril, mais était sujette à des alternatives fréquentes de niveau. Opération le 13 octobre 1891. L'estomac distendu par des gaz des-

cendait très bas sans être beaucoup dilaté. En l'attirant, on reconnut la présence d'un cordon fibreux qui, fixé sur la petite courbure, à 4 centimètres environ du pylore s'étendait transversalement à droite et en bas, jusqu'à la paroi abdominale antérieure. Ce cordon étreignait l'estomac immédiatement en avant de l'antre pylorique et avait laissé l'empreinte de son trajet sur les parois stomacales sans y adhérer. Bircher se borna à sectionner la bride entre deux ligatures et dès lors la malade n'offrit plus de troubles digestifs. J. B.

La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales, par PEYROT (*Bull. Soc. de chirurgie, XVII, p.* 39).

Peyrot confirme les faits constatés déjà par Kartulis, Lavreau et Netter, à savoir que le pus des abcès du foie consécutifs à la dysenterie est ordinairement dépourvu de microorganismes accessibles aux moyens d'investigation connus.

Dans le pus d'un abcès traité avec succès par l'incision large en un seul temps, Peyrot ne put découvrir aucun des microbes habituels de la suppuration.

Cette absence de microbes pyogènes est sans doute la véritable explication de l'innocuité de la méthode de Stromeyer-Little pour l'ouverture des abcès du foie. Le pus de ces abcès peut sans danger être déversé dans la cavité péritonéale. C. WALTHER.

Ueber Veränderungen in der Gallenblase... (Altérations de la vésicule dans la lithiase biliaire), par JANOWSKI (*Ziegler's Beitraege Z. path. Anat., X*, 5, *p*. 149).

De l'étude de 16 faits anatomo-pathologiques, l'auteur conclut que la présence de calculs dans la vésicule biliaire cause une cholécystite chronique se terminant par dégénérescence scléreuse de la muqueuse avec effacement de ses plis. En même temps la couche musculo-conjonctive subit d'abord une hypertrophie de ses fibres lisses, puis le tissu conjonctif y devient de plus en plus puissant. Finalement la muqueuse atrophiée tend à se confondre avec la musculeuse.

Il est rare d'observer des exulcérations de la paroi de la vésicule. Elles tiennent à l'irritation causée par les calculs, en même temps qu'à la nutrition insuffisante de ses parois. Il est encore plus rare de rencontrer sur la muqueuse des proliférations verruqueuses. Le cancer de la vésicule est sûrement en rapport avec la présence de calculs dans sa cavité.

Dans certains cas, on trouve la vésicule remplie d'une masse puriforme que le microscope démontre n'être pas du pus. Il faut toujours faire l'examen histologique du contenu de la vésicule, pour éviter de pareilles erreurs. C. LUZET.

Die Punctionsdrainage in der Leberchirurgie, par HELM (*Deutsche med. Woch., n°* 36, *p*. 1052, 1891).

Hüter a proposé de laisser en place la canule du trocart après ponction des kystes hydatiques du foie. L'auteur pense que ce drainage par la canule s'applique non seulement aux kystes hydatiques, mais aux abcès du foie.

Dans les abcès, la canule à demeure permet de fréquents lavages antiseptiques.

Pour les kystes, elle favorise l'évacuation complète du liquide, qui a pour conséquence la mort des hydatides. Quant à la suppuration, on peut l'éviter avec les précautions antiseptiques; on bouche la canule avec de la gaze iodoformée et l'on applique un pansement légèrement compressif.

La présence du trocart a pour résultat une péritonite adhésive circonscrite qui empêche les liquides de passer dans la cavité péritonéale. Ces adhérences seraient fort utiles si l'on devait recourir à l'incision secondairement.

L'auteur cite 3 observations à l'appui de ce qu'il soutient. L. GALLIARD.

De l'occlusion intestinale par calcul biliaire, par G. DAGRON (*Thèse de Paris, n° 40, 17 décembre* 1891).

Dans les 19 observations réunies par l'auteur, il s'agit en général d'un calcul biliaire ayant pénétré dans l'intestin rarement par les voies naturelles, plus souvent par une fistule cystico-duodénale. Il chemine dans l'intestin grêle jusqu'au moment où la tunique musculeuse en se contractant spasmodiquement fixe le calcul et cause, par suite, l'obstruction. Ce fait ne se produit que dans l'intestin grêle : sitôt la valvule de Bauhin franchie, tout danger d'occlusion disparaît, sauf de très rares exceptions.

Les malades, des femmes âgées en général, n'ont souvent ressenti aucun prodrome précurseur de l'occlusion : l'ictère, la colique hépatique, sont rarement relatés ; l'occlusion s'établit lentement avec des caractères peu accusés.

Le pronostic de cet accident cholélithiasique est très grave, le diagnostic en étant fort difficile : presque tous les malades sont morts sous l'influence des phénomènes généraux qui accompagnent l'occlusion intestinale.

Le traitement devra être chirurgical : laparotomie exploratrice, puis levée de l'obstacle par glissement, par entérotomie, par lithotritie. — 6 cas d'intervention, recueillis pour l'année 1891, ont donné 3 guérisons pour laparo-entérotomie, et 1 guérison pour laparotomie et glissement du calcul par manœuvres digitales. MAUBRAC.

Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires, par H. HARTMANN (*Soc. anat., p.* 481, *juillet* 1891).

Hartmann décrit, à l'union de la vésicule et du canal cystique, une sorte d'ampoule saillante à droite — bassinet de la vésicule — séparée du reste de la vésicule par des saillies valvulaires. Dans la concavité qui existe à gauche du bassinet est un ganglion constant qui ne se confond nullement avec les autres ganglions du hile du foie. Les replis valvulaires sont de disposition variable, mais souvent ils alternent; et s'ils sont développés et rapprochés, ils empêchent le passage des sondes, qui buttent en se coiffant des nids valvulaires.

Parmi les pièces pathologiques, il en est qui établissent que dans certains cas le calcul en se développant a distendu la partie droite du bassinet de la vésicule, l'a creusé en quelque sorte, formant ainsi, au-dessous de l'embouchure du canal cystique, une grande poche qui

continue le fond de la vésicule, et au fond de laquelle on serait tenté de chercher son canal excréteur au cours d'une opération, si on en voulait faire le cathétérisme. Sur 14 vésicules calculeuses, ce cul-de-sac existait, à des degrés divers de développement, cinq fois. MAUBRAC.

Laparotomy for intestinal perforation in typhoid fever, par Weller van HOOK (*Med. News*, *p.* 591, 21 *septembre* 1891).

Chez une femme âgée de 31 ans, atteinte de rechute de fièvre typhoïde, il se produisit au huitième jour de la seconde atteinte, une perforation. Neuf heures après, la laparotomie est pratiquée : à travers la paroi de l'intestin on voyait plusieurs plaques ulcérées, sur le point de se perforer : après avoir enlevé des matières fécales libres dans le péritoine on découvre une perforation irrégulière, de deux millimètres, que l'on oblitère avec une triple rangée de sutures de Lembert, en raison de l'épaisseur et de l'œdème des parois de l'intestin : on dut refermer précipitamment le ventre à cause de l'état de la malade, mais toutefois après lavage du péritoine, et application avec suture de l'épiploon sur l'anse opérée. Malgré une température de 39°5 durant trois jours, les signes de péritonite disparurent, et la malade guérit de sa fièvre typhoïde au bout de deux semaines et demie.

L'auteur donne deux autres observations de malades atteints également de perforations typhoïdes, chez lesquels la laparotomie n'a pu empêcher une issue fatale.

La statistique des cas semblables donne 19 opérations avec quatre guérisons (Mikulicz, Escher, Taylor et van Hook) mais le diagnostic est douteux dans tous ces cas, sauf le dernier. MAUBRAC.

I. — Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von chronischer Peritonitis, par E. HENOCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, *p.* 689, 13 *juillet* 1891).

II. — Même sujet, par LINDNER (*Ibidem*, n° 40, *p.* 997, 5 *octobre*).

I. — Fillette de 5 ans ; à la suite d'une chute, il y a un mois et demi, développement graduel du ventre. Pas trace d'habitus cachectique ; ascite énorme ; urines rares mais normales ; apyrexie ; aucune douleur ni spontanée ni à la pression. En même temps, épanchement pleural gauche, modéré. Une première paracentèse donne issue à 1,150 centimètres cubes d'un liquide jaune verdâtre, fortement albumineux ; la circonférence de l'abdomen se réduit de 67 à 51 centimètres et la palpation, devenue possible, ne fait rien reconnaître d'anormal dans la cavité péritonéale. L'injection de sept décimilligrammes de tuberculine ne détermina aucune réaction ni locale ni générale, ce qui rendait encore moins vraisemblable l'idée d'une péritonite tuberculeuse. En moins d'une quinzaine, l'épanchement pleurétique avait complètement disparu, tandis que l'ascite se reformait et nécessitait, dix-neuf jours après la première, une deuxième ponction qui évacua encore 1,200 centimètres cubes du même liquide présentant au microscope de nombreux globules sanguins, rouges et blancs, ainsi que de nombreuses cellules rondes, mais pas de bacilles tuberculeux. La santé générale demeurant parfaite, il fallut, trois semaines plus tard, pratiquer une nouvelle ponction du ventre avec issue de 2,800 centimètres cubes de liquide ; mais au bout de neuf jours, l'abdomen avait de nouveau une circonférence de 63 centimètres. Laparotomie.

Tout le péritoine pariétal était chagriné au toucher, épais, rouge vif et recouvert de granulations gris rougeâtre, variant d'une tête d'épingle à une lentille, ayant entièrement l'apparence de tubercules à l'œil nu, tandis que l'examen microscopique n'y révéla rien de tuberculeux. Péritoine viscéral et intestins intacts. Guérison apyrétique. Peu de jours après l'opération, il s'était reproduit un peu de liquide qui se résorba spontanément.

Phillips a rassemblé dans sa thèse 130 laparotomies pour péritonite chronique tuberculeuse ; fait surprenant, il n'en est que 7 concernant des malades au-dessous de dix ans, et une trentaine concernant des malades âgés de dix à vingt ans. Tous les autres malades sont des adultes et surtout des femmes. Or, la péritonite chronique n'est pas rare chez la femme, si bien qu'Henoch est disposé à croire que, comme chez sa fillette, dans la plupart de ces laparotomies curatives, il s'agissait non de péritonites tuberculeuses, mais de péritonites chroniques simples avec formation de granulations fibroïdes sur le péritoine.

II. — Lindner a également opéré un enfant qui avait à la fois un épanchement pleurétique droit et une ascite très considérable. Ewald lui avait déjà pratiqué plusieurs ponctions de l'abdomen, sans jamais donner issue qu'à quelques grammes de liquide. Malgré le bon état de l'appareil digestif, l'enfant déclinait de plus en plus, bien qu'il n'eût ni fièvre ni douleurs. Pendant la laparotomie, Lindner constata que la totalité du mésentère et le péritoine étaient transformés en plaques dures, parsemées de granulations, tandis que la masse intestinale était fortement rétractée et que le bassin spécialement était le siège d'une éruption profuse de granulations. Dans un fragment de péritoine excisé, on trouva des cellules géantes. Lindner a saupoudré d'iodoforme les régions les plus atteintes. Depuis l'opération, l'état général de l'enfant s'est énormément amélioré. J. B.

I. — Zur operativen Behandlung der allgemeinen eitrig-janchigen Peritonitis, par WYDER.

II. — Discussion de la 42e réunion de la Société centrale de médecine suisse (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 23, *p.* 729, 1er *décembre* 1891).

I. — Dans le 1er cas, il s'agissait d'une rupture spontanée complète de l'utérus chez une VIIpare à bassin plat. Version et extraction de l'enfant qui se trouvait, après la rupture, en présentation de l'épaule. 9 heures plus tard, extraction du placenta qui était dans la cavité abdominale. La péritonite en était encore à ses débuts, quand on pratiqua la laparotomie et la suture de la déchirure de la paroi antérieure de l'utérus, qui dépassait l'étendue de la main. — Nettoyage soigneux de la cavité abdominale et des intestins avec une solution d'acide salicylique faible. Guérison.

Dans le 2e cas, les lésions de péritonite étaient beaucoup plus avancées. Femme accouchée de jumeaux le 31 mai et admise le 13 juillet suivant pour « fièvre puerpérale ». On diagnostique immédiatement un kyste suppuré de l'ovaire. A la suite de l'exploration, frissons, température 40°,1 et signes de péritonite généralisée suraiguë. 6 heures plus tard, laparotomie la malade étant dans le collapsus le plus profond et sans pouls à la radiale. On retire 10 litres de liquide excessivement putride de la cavité abdominale et on enlève le kyste ovarique. Lavage soigneux de la cavité abdominale et de la masse intestinale avec une solution salicyliquée chaude, séparation des anses déjà agglutinées, nettoyage du repli de Douglas. Guérison parfaite.

Wider conclut que le devoir du médecin est d'adresser le plus tôt possible au chirurgien toute femme atteinte de péritonite généralisée purulente ; que même lorsqu'il y a doute sur la nature de l'affection, une laparotomie exploratrice est légitimée ; que si l'on ne peut opérer qu'après entier développement de la péritonite, le point essentiel est de nettoyer à fond tous les replis de la cavité péritonéale ainsi que son contenu, au moyen d'une liqueur désinfectante faible, telle qu'une solution chaude d'acide salicylique au millième ; on répétera les lavages jusqu'à ce que le liquide s'écoule parfaitement clair.

II. — Kroenlein considère qu'il y a trois points qui peuvent embarrasser l'opérateur : 1° dans quels cas doit-on opérer ? Il est parfois très difficile de décider s'il s'agit d'une péritonite purulente ou putride, d'une inflammation séro-fibrineuse. Kroenlein est aussi, en cas de doute, partisan de la laparotomie exploratrice, bien que ce soit alors une opération très sérieuse à cause du météorisme. Le deuxième point embarrassant est de savoir jusqu'à quelle époque on peut encore opérer. Quoique Kroenlein ait opéré sans oser faire l'anesthésie vu le mauvais état général, il s'est de plus en plus convaincu qu'il faut renoncer à intervenir lorsque la température est inférieure à la normale ou que le pouls devient imperceptible, parce qu'alors on a beaucoup à craindre un collapsus mortel dans le cours de l'opération. Comment doit-on opérer ? Doit-on rompre toutes les adhérences, racler tous les enduits de la séreuse, amener hors du ventre la masse intestinale ? Comme en fait il est impossible de tout désinfecter et d'obtenir une asepsie absolue, Kroenlein se borne à rompre les adhérences les moins résistantes, à essuyer la cavité abdominale avec des éponges stérilisées, mais il n'opère ni brossage ni lavage des replis et des anfractuosités.

Fehling se borne à la question de la péritonite puerpérale septique. Dès que le diagnostic en est certain il est contre-indiqué d'intervenir vu le caractère irrémédiable des lésions du foie, des reins et du cœur, si la péritonite est généralisée. Quand, au contraire, elle a de la tendance à se localiser, une intervention précoce ne peut être que nuisible, tandis qu'une opération tardive peut être fructueuse. En ce qui touche les péritonites septiques des femmes en dehors de l'état puerpéral, Fehling partage complètement la manière de voir de Wyder qui déclare d'ailleurs être aussi l'adversaire du traitement chirurgical de la péritonite septique puerpérale.

Kauffman estime qu'il y a trois contre-indications à la laparotomie dans la péritonite : 1° la polysarcie. Chez deux femmes, il ne lui a pas été possible de refermer complètement la plaie, vu le peu d'extensibilité des parois abdominales ; 2° l'anémie chronique, conséquence d'hémorragies prolongées. Quand des phénomènes septiques surviennent chez ces femmes, elles sont perdues, parce que l'organisme est hors d'état de se défendre et qu'on ne peut songer à une désinfection énergique ; 3° les étranglements intestinaux à marche suraiguë. Il est probable qu'il s'agit ici d'une intoxication par les ptomaïnes, et l'opération arrive généralement trop tard.

Pour le lavage de la cavité abdominale, Kauffmann donne la préférence à la solution salée physiologique qui n'est pas toxique ni irritante et est aussi désinfectanto qu'une solution salicylique au millième.

Kauffmann cite les 2 cas suivants : 1° Plaie de l'abdomen par instrument piquant chez un jeune homme avec blessure probable de l'intestin et épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale. Néanmoins on avait suturé la plaie extérieure. Au bout de 2 jours, Kauffmann fait la laparotomie. La cavité abdominale renfermait un pus fétide mêlé de gaz. Nettoyages avec une solution salée stérilisée. Impossible de trouver la perforation. Drainage. Guérison entravée seulement par la formation successive de plusieurs abcès enkystés.

2° Étranglement de l'épiploon chez un vieil aliéné obèse. Opération de l'oschéocèle droite avec extirpation de gros morceaux d'épiploon adhérents. Le

lendemain, péritonite suraiguë avec phénomènes d'iléus. Laparotomie le 3e jour. Epanchement sanguin considérable dans l'abdomen. Fixation dans la plaie abdominale d'une anse d'intestin destinée éventuellement à la création d'un anus artificiel qui ne fut pas nécessaire.

En raison du météorisme, Kauffmann a décliné plus d'opérations qu'il n'en a faites. Pour lui, les cas les plus défavorables sont ceux où il y a agglutination des anses intestinales avec exsudat insignifiant. J. B.

I. — Ueber chirurgische Behandlung der Perityphlitis, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, *p.* 637, 29 *juin, et n°* 27, *p.* 677, 6 *juillet* 1891).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, n° 26, *p.* 658).

III. — Du traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée (**Nouvelle contribution**), **par ROUX** (*Revue méd. Suisse romande, XI*, 505, 569 *et* 681, *et XII septembre, octobre et novembre* 1891, *et janvier* 1892).

V. — Fünf Faelle Operativ behandelter Perityphlitis suppurativa, par von MANDACH (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 11, *p.* 329, 1er *juin* 1891).

VI. — Actinomycosis of the vermiform appendix, par W. H. RANSOM (*Brit. med. journ.*, *p.* 1045, 14 *novembre* 1891).

I. — Dans les 12 derniers mois, Koerte a vu 24 cas de pérityphlite : 18 ont nécessité une intervention chirurgicale; 3 compliqués d'infection purulente étaient au-dessus des ressources chirurgicales, enfin les 3 derniers ont guéri sans opération.

Les indications d'intervention chirurgicale sont : 1° la péritonite par perforation de l'appendice aiguë et généralisée : 2° l'abcès péritonéal enkysté ; 3° les phlegmons et abcès du tissu rétro-péritonéal dans la fosse iliaque droite et leurs suites ; 4° la pérityphlite chronique à répétitions.

Les cas de la 1re catégorie sont les plus graves. Koerte en a opéré 3. Un a succombé. L'opération avait évacué 2 foyers de pus, mais il en restait un 3e, entre l'estomac et le diaphragme. Chez les 2 guéris, il a fallu faire une nouvelle opération pour un abcès placé soit dans le diaphragme, soit à l'hypogastre. Dans aucun de ces cas, Koerte n'a enlevé l'appendice qu'il eût fallu chercher trop longtemps.

Le danger des cas de la 2e catégorie est de produire une infection purulente par infection des veines ; aussi doit-on ouvrir largement et drainer ces abcès intrapéritonéaux dès que le diagnostic en est assuré, au moyen d'une ponction aspiratrice. Koerte ne conçoit l'opération en deux séances, préconisée par Sonnenberg, que comme pis-aller, quand on n'a pu atteindre le foyer purulent ou qu'il n'existe pas encore. Il ne croit pas en effet que l'incision jusqu'au péritoine facilite l'écoulement du pus au dehors, ni qu'il y ait lieu d'ouvrir le ventre avant qu'on soit prévenu de l'existence d'une collection purulente. Ici encore, Koerte s'abstient d'aller à la recherche de l'appendice vermiforme, par crainte de détruire les adhérences qui en enkystent le foyer. Sous un tamponnement de gaze iodoformée, la perforation de l'appendice se cicatrise toujours. Parfois la cavité est si étendue et si anfractueuse, que des contre-ouvertures sont nécessaires. Koerte a opéré 5 faits de ce genre ; 1 seul de ses opérés a gardé une fistule.

Dans les cas de la 3e catégorie, qui constituent les abcès paratyphliti-

ques, le péril n'est plus leur ouverture intrapéritonéale, mais leur extension indéfinie vers le haut et le bas. Koerte a vu 5 abcès sous-diaphragmatiques suite de pérityphlites; 4 d'entre eux se compliquaient de pleurésie purulente. Koerte s'est assuré par une expérience qu'il relate, que, contrairement à l'opinion de Treves, de Stimson, de Mac Burnay, de Weir, de Mac Murthy, etc., l'appendice vermiforme semble le point de départ d'abcès d'emblée intrapéritonéaux, sans même qu'il soit besoin d'une perforation.

Enfin, Koerte a pratiqué avec succès, deux fois l'ablation de l'appendice vermiforme pour pérityphlite chronique récidivante. La 2[e] de ces opérations a été le fait du hasard, car elle a été exécutée dans le cours d'une kélotomie, l'appendice cæcal distendu se trouvant dans le sac herniaire. Les 2 opérés ont guéri.

Koerte estime, en effet, que, dans ces circonstances, l'extirpation de l'appendice est indiquée à condition qu'il y ait eu plusieurs attaques de pérityphlite laissant à leur suite, dans la région iléo-cæcale, une tuméfaction douloureuse, rebelle à la diète, au repos, aux cataplasmes et aux laxatifs.

II. — Ewald se félicite de voir que Koerte se trouve en plein accord, pour le traitement chirurgical de la pérityphlite, avec la majorité des médecins qui ont pris part à la discussion de la Société de médecine interne. (*R. S. M.*, XXXVIII, 674), qu'il n'intervient qu'autant que l'existence d'un foyer purulent est certaine et qu'il rejette l'opération préventive des Américains. Comme Koerte, Ewald est convaincu de l'innocuité de la ponction exploratrice indispensable au diagnostic. (*R. S. M.*, II, 175; XX, 121; XXVII, 687; XXIX, 257 et 664; XXXIII, 227 et 228; et 628; XXXV, 55, 547 et 566: XXXVI, 257 et 258 et 644; XXXVII, 237 et 621; XXXVIII, 271 et 671.) J. B.

III. — Le premier travail de Roux sur la pérityphlite (*R. S. M.*, XXXVII, 238) contenait 27 observations; celui-ci en renferme 46 réparties ainsi : 4 opérations pour pérityphlite avec péritonite généralisée dont 2 morts; 21 opérations pour pérityphlites suppurées dont trois morts; 8 opérations pratiquées en dehors des crises, toutes guéries; 9 observations de pérityphlites ou de typhlites non opérées dont 1 suivie de mort et 4 opérations communiquées par des confrères, dont 1 mort.

L'un des cas de pérityphlite suppurée opéré avec succès mérite une mention particulière. Il s'agit d'une femme de 30 ans chez laquelle l'incision des parois abdominales n'amène qu'une amélioration incomplète; l'opérée avait un hoquet opiniâtre, des vomissements et de la fièvre; on dut ouvrir successivement deux nouvelles collections purulentes, l'une pleurale, l'autre pédiculaire, véritables fusées secondaires parties de l'abcès pérityphlitique.

Parmi les opérations faites en dehors des crises, se trouvent 2 tuberculoses et 1 actinomycose.

Le mémoire renferme encore la relation d'un cas de torsion du pédicule d'un kyste ovarique chez une femme enceinte, pris pour une pérityphlite, et une opération pour hernie dans la cicatrice de l'incision d'une appendicite. C'est pour éviter la production de ces hernies que Roux fait une bonne partie de son incision dans la portion musculaire du grand oblique, en se rapprochant de la crête iliaque.

Il a complètement renoncé aux ponctions exploratrices qui sont quelquefois dangereuses, très souvent sans résultat et toujours inutiles. Certaines de ses observations démontrent la possibilité de résorption de l'appendicite perforatrice.

Il conclut que l'incision avec ou sans résection de l'appendice en pleine pérityphlite suppurée, est une opération d'urgence, qui sera faite au plutôt, où que ce soit, par qui que ce soit, au même titre que la herniotomie.

Roux estime que le diagnostic de la suppuration est toujours facile; à cet égard, il insiste sur la valeur d'un signe non mentionné par les auteurs : l'infiltration des parois du cæcum et du côlon vides de matières.

J. B.

IV. — 1° Fillette de quatre ans et demi prise brusquement de violentes douleurs abdominales, puis deux jours plus tard de fièvre et de vomissements verdâtres. Nulle part de matité ni de tumeur. Deux jours et demi après, laparotomie sur la ligne blanche. Epiploon, péritoine viscéral et pariétal, mésentère couverts et baignés de pus en partie floconneux. De chaque repli mésentérique et du petit bassin sourd un pus crémeux fécaloïde. L'extrémité libre de l'appendice cæcal présentait une perforation par laquelle sortait un petit coprolithe ayant la forme d'un noyau de poire. Amputation, et ligature à la soie de l'appendice. Mort au bout de 7 heures dans le collapsus.

2° Jeune homme de 17 ans, opéré par Krœnlein (*R. S. M.* XXIX, 257).

3° Garçon de 11 ans, matité grande comme la main, en avant de l'épine iliaque au bord supérieur et excessive douleur à la pression à ce niveau; au palper, tumeur bien délimitée de la grosseur d'un œuf d'oie qui peu à peu devient fluctuante. Une ponction exploratrice ayant donné du pus d'odeur fécaloïde, von Mandach ouvre l'abcès le 18e jour à l'aide d'une incision ratissée, analogue à celle de la ligature de l'iliaque primitive. Dès que le fascia transverse eût été sectionné, le péritoine distendu et friable se rompit, laissant sortir du pus fétide. Le lavage du foyer avec du sublimé à 0,5 pour mille, amena l'issue d'un calcul fécal, ovoïde, long de 1 centimètre. Les parois internes du foyer étaient formées par trois anses intestinales, fraîchement soudées, dont l'une paraissait être le cæcum. L'appendice vermiforme demeure invisible et von Mandach renonce à le chercher. Tamponnement de la cavité avec gaze iodoformée. Guérison apyrétique par seconde intention.

4° Garçon de 14 ans. La partie du ventre sise au-devant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et la région lombaire correspondante sont très douloureuses à la pression, pas de matité ni vomissements, ou hoquets; constipation depuis plusieurs jours, fièvre. Glace, opium, diète liquide et repos. Après une amélioration momentanée, douleur dans la région lombaire où se forme peu à peu une tumeur mate à la percussion, limitée en bas par la crête iliaque, en haut par le bord inférieur du foie et en avant par la ligne axillaire antérieure. Le 17e jour, après une ponction exploratrice qui donne du pus, von Mandach fait une incision de 12 centimètres de long; abcès gros comme les deux poings, renfermant un pus d'odeur fécaloïde dans lequel se trouve un calcul fécal de la forme d'un haricot. Impossible de découvrir la perforation. Le péritoine encore intact, mais très aminci, constituait la paroi extérieure de l'abcès. Lavage au sublimé. Controuverture en arrière. Tamponnement avec gaze iodoformée, suture à 2 étages des 3/4 antérieurs de la première incision. Guérison sans incident.

5° Fillette de 10 ans. Matité circonscrite dans la région iléocæcale, très douloureuse spontanément à la pression. Vomissements, hoquets. 40 degrés. Glace et opium. Remission des symptômes coïncidant avec le développement à la région lombaire, d'une tumeur fluctuante qu'on ouvre, en donnant issue

à 1 ou 2 cuillerées à bouche de pus d'odeur fécaloïde. L'incision reste fistuleuse et l'enfant a de la fièvre chaque fois que l'orifice tend à se fermer, incision du trajet fistuleux. Le doigt révèle la présence dans la région iléocæcale d'un foyer purulent, gros comme un œuf de poule. Nouvelle incision oblique et longue de 6 centimètres, à 2 centimètres en avant et au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, section couche par couche des muscles et des aponévroses en évitant le péritoine. Ouverture de l'abcès sous le doigt: la cavité est revêtue de bourgeons flasques. Tamponnement avec gaze iodoformée. Grattage du trajet fistuleux. Suture des muscles et de la peau. Drain. Guérison apyrétique. J. B.

V. — Un homme de 50 ans, après une semaine de douleurs abdominales mal définies, est pris d'une violente souffrance dans la fosse iliaque droite. On constate une tumeur solide résistante dans la région du cæcum. Six semaines après survient une thrombose de la veine iliaque externe droite. Une ponction exploratrice dans la tumeur ne donne aucun résultat. Quatre mois après, ouverture spontanée d'un abcès au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure: issue de pus fécaloïde fétide. Drainage de la cavité, derrière le cæcum, vers la région lombaire; il s'écoule peu de pus qui, examiné histologiquement, contient des actinomyces. Pas d'amélioration, cachexie progressive, mort le 8e mois.

A l'autopsie, appendice vermiforme dilaté et tortueux : derrière, est une sorte de clapier purulent; thromboses adjacentes des veines iliaques primitives et de la veine cave inférieure. L'appendice est perforé en plusieurs points.

Ransom communique également un cas d'actinomycose des voies digestives et urinaires chez un homme de 48 ans, non diagnostiqué pendant la vie. H. R.

Sur une variété de typhlite tuberculeuse, par HARTMANN et PILLIET (*Soc. Anat., p.* 471, 31 *juillet* 1891).

H. et P. présentent des préparations tendant à établir l'existence d'une forme de tuberculose cæcale, se traduisant cliniquement par des symptômes soit d'appendicite chronique, soit plus souvent de cancer de la région. Anatomiquement, les lésions ne rappellent en rien, à l'œil nu, les altérations tuberculeuses et simulent absolument un cancer. Loin de déterminer un amincissement des tuniques, cette forme de tuberculose chronique, localisée au voisinage du cæcum, s'accompagne d'un épaississement des tuniques très marqué. De là, formation d'une tumeur, d'autant plus qu'il se dépose autour du cæcum une masse scléro-adipeuse épaisse et résistante qui évoque l'idée d'un néoplasme. Ici, les follicules tuberculeux sont rares. L'infiltration embryonnaire plus marquée : les caractères anatomiques rappellent ceux du lupus. MAUBRAC.

I.— Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie, par A. BROCA (*Gaz. hebd. Paris*, 3 *octobre* 1891).

II. — Tuberculous abscess... (Abcès tuberculeux de la paroi abdominale simulant une affection maligne du côlon transverse), par ROBERTS (*Med. News p.* 217, 22 *août* 1891).

I. — Homme de 35 ans. En 1878 et en 1880, fièvres intermittentes et rectite dysentériforme; 4 ans plus tard, débuts d'accidents douloureux momentanés dans la région du foie, mais 2 ans après, à la suite d'une contusion de cette région, nouvelles douleurs accompagnées de quelques phénomènes fébriles peu intenses et de la formation d'une tuméfaction phlegmoneuse au niveau

de l'épigastre et de l'hypochondre droit, sans rougeur, ni œdème, ni chaleur de la peau. Le bord antérieur du foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt et la rate était légèrement hypertrophiée.

Le point culminant de la tumeur se trouvant fort voisin de la ligne médiane, les téguments furent incisés sur cette ligne et un débridement dans la direction de la gaîne du grand droit donna issue à un verre à bordeaux de pus phlegmoneux franc. Drainage, pansement iodoformé et guerison en 20 jours. OZENNE.

II. — Une jeune fille de 16 ans, d'antécédents tuberculeux, ressentit tout à coup une douleur dans la paroi abdominale, puis vit peu à peu son abdomen augmenter de volume, tout en restant douloureux. Il existait une anémie profonde, et le poumon droit était infiltré de tubercules. La douleur siégeait autour de l'ombilic, à une assez grande distance de chaque côté.

Après incision, on trouva une large cavité s'étendant à 4 pouces de chaque côté de la ligne médiane, pleine de pus collecté entre les muscles et le péritoine épaissi. L'abcès fut cureté, lavé, et finit par guérir par granulation.

MAUBRAC.

Statistics of eighty five operations for strangulated hernia, par SOUTHAM (*Lancet*, 28 *novembre* 1891).

La statistique de Southam porte sur 85 kélotomies, faites pour hernies étranglées, à l'hôpital de Manchester: 37 opérations pour hernies crurales ont donné 15 décès (40.5 0/0); 36 opérations pour hernies inguinales ont donné 14 décès (38.8 0/0); 12 opérations pour hernies ombilicales ont donné 9 décès (75 0/0).

Quelles sont les causes de cette énorme mortalité? Sur les 38 cas mortels, 11 n'ont pas été suivis d'autopsie, et la cause de la mort reste douteuse. Mais dans les autres cas, dix fois au cours de l'opération l'intestin avait été trouvé gangrené. Dans 16 cas, où il était moins altéré et où on avait cru pouvoir le réduire, on trouva à l'autopsie 4 cas où il s'était gangrené ultérieurement, 10 cas où il s'était ulcéré et perforé. Sur les 27 cas où la cause de la mort est nettement connue, 26 étaient donc dus à des lésions de l'intestin. A.-F. PLICQUE.

Erfahrungen über die Behandlung der reponiblen Hernien... (Résultats du traitement radical des hernies réductibles par les injections alcooliques de Schwalbe), par Ed. STEFFEN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 12, *p.* 361, 15 *juin, et n°* 13, *p.* 401, 1er *juillet* 1891).

Steffen pratique en grand depuis 3 ans la cure radicale des hernies réductibles, par la methode de Schwalbe (*R. S. M.*, XXIII, 342 et XXVII, 697) et y a apporté quelques modifications. Au lieu d'une seringue de Pravaz, il se sert d'une plus grande seringue à canule grosse et longue. Après réduction de la hernie, il enfonce la canule à la base d'un pli de peau soulevé au niveau de l'orifice herniaire. Si au bout de une ou deux minutes il ne s'écoule pas de sang, il injecte lentement un demi-gramme; puis retirant un peu l'aiguille, il la pousse dans une autre direction, en injectant de nouveau un demi-gramme, et ainsi de suite. De cette façon, il dissémine de 2 à 4 grammes d'alcool à 70 0/0, tout autour du trajet herniaire. Comme on ne pique qu'une fois la peau, les injections sont plus expéditives, moins douloureuses et exposent moins à une

infection. Steffen a noté chez 3 malades une urticaire généralisée quelques heures après l'injection; chez l'un de ces malades, elle s'est répétée à la suite des trois injections d'alcool, s'accompagnant de mal de tête, de toux et d'étourdissements. Steffen fait d'abord une ou deux séances d'injections par semaine, puis il laisse des intervalles libres de plus en plus longs. A la fin du traitement, chaque malade quitte son bandage pendant deux ou trois mois, pour contrôler le résultat acquis. La durée du traitement oscille entre un mois et deux ans et demi ou même davantage. Souvent Steffen est obligé de diluer l'alcool comme trop irritant. Chez un végétarien adepte des sociétés de tempérance, il a été obligé d'y substituer une solution salée, parce que les injections alcooliques provoquaient de l'ébriété.

Quand, à la longue, l'alcool paraît devenir insuffisant, Steffen le remplace par l'extrait d'écorce de chêne (*R. S. M.*, XXII, 698); les solutions de tanin simple donnent plus fréquemment lieu à abcès et gangrènes. L'addition de 1/2 0/0 d'acide phosphorique semble accroître l'action sclérosante de l'alcool.

Steffen a traité par les injections alcooliques 257 hernies inguinales, 19 ombilicales, 13 crurales et 4 de la ligne blanche. Ce total de 293 hernies se décompose en 245 guéries (83,62 0/0), 19 améliorées (6,48 0/0) et 29 non guéries (9,9 0/0). Steffen considère une hernie inguinale comme guérie, quand, ni pendant la toux ni pendant l'effort, le doigt ne perçoit d'impulsion et que le malade a pu travailler sans bandage au moins 6 mois. Pour les oschéocèles congénitales, la guérison veut dire l'oblitération du canal vagino-péritonéal que Steffen a pu constater dans une autopsie. Les hernies améliorées sont celles qui ne pouvaient être maintenues réduites ou qui étaient trop douloureuses pour le port d'un bandage; après la cure, les malades peuvent travailler sans gêne ni souffrance avec un bandage.

Les récidives ont été au nombre de 24, soit les 9,79 0/0 des guérisons. Naturellement, elles ne permettent pas de juger définitivement de la valeur du traitement, car les guérisons sont encore relativement récentes; la plus ancienne dure depuis plus de 4 ans, les dernières depuis 12 mois; mais Schwalbe en compte qui durent depuis 14 mois au moins. Aucune des 8 sur 9 oschéocèles congénitales des premiers ans de la vie, guéries, n'a récidivé. Les hernies crurales fournissent des résultats un peu moins bons que les inguinales et nécessitent une cure plus longue. Ce sont les hernies ombilicales qui ont donné le plus de succès (17 guérisons, aucune récidive), mais dans le nombre il y en a 10 chez des enfants au-dessous de 2 ans.

Steffen conclut : A l'aide des injections d'alcool, on peut guérir environ les 4/5 des hernies réductibles, de petit et de moyen volume. Dans l'immense majorité des cas, le bandage devient superflu. Plus l'individu est jeune et plus la hernie est récente, plus il y a de chances de guérison. En présence d'une hernie toute petite ou même d'une pointe de hernie, on doit tenter la cure par les injections. Pourvu que la hernie puisse être maintenue par un bandage, les malades (forgerons, boulangers, laboureurs, etc.), n'ont pas besoin d'interrompre leur profession pendant le cours du traitement.

Dans une publication récente, Schwalbe déclare avoir eu 1 cas de

mort par tétanos débutant le lendemain de l'injection, c'est le premier accident mortel. J. B.

Cure radicale d'une laparocèle, par A. BROCA (*Gaz. hebd. Paris*, 5 *septembre* 1891).

Jeune homme de 29 ans, ayant eu, vers l'âge de 15 mois, un abcès de la paroi abdominale, dont l'incision donna issue à trois aiguilles, qui auraient été avalées. Il y a cinq semaines, apparition d'une épiplocèle.

Une incision sur le sommet de la tumeur conduit sur une portion d'épiploon hernié et très adhérent au tissu sous-cutané. L'épiploon libéré et réséqué après certaines difficultés, on pratiqua une suture en étages ; réunion par première intention et guérison. OZENNE.

Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Cong. de l'Assoc. française, Marseille*, 1891).

Quelle que soit la variété de hernie, non étranglée, dont une femme est affligée, Lucas-Championnière est d'avis qu'elle doit être traitée par la cure radicale pour les raisons suivantes : Le port d'un bandage est souvent difficile et n'amène fréquemment qu'une guérison apparente : Toute hernie peut être cause d'accidents à l'occasion d'une grossesse ou de l'accouchement, et il est d'ordinaire de la voir devenir douloureuse, irréductible et progressive. L'opération est applicable à la femme encore jeune ; chez les autres elle n'est indiquée que s'il y a des accidents.

Sur 255 cas de cure radicale de hernie sans étranglement, que Championnière a pratiquées, il en compte 39 chez la femme : 11 ombilicales, 17 inguinales et 11 crurales, toutes suivies de guérison sans le moindre incident fâcheux et avec des résultats définitifs, plus complets que chez l'homme et absolument irréprochables. OZENNE.

Hernie du cæcum à gauche, par BROCA (*Bullet. Soc. Anat., p.* 547, *octobre* 1891).

Broca décrit une hernie inguinale directe bilatérale contenant : 1° à droite l'épiploon et le côlon transverse ; 2° à gauche la dernière anse d'intestin grêle, le cæcum et l'S iliaque.

Dans le sac gauche, existait un repli valvulaire présenté par la séreuse, repli formant une sorte de nid sur lequel reposait le fond du cæcum, tandis que l'intestin grêle descendait au-dessous.

Broca défend pour la hernie du cæcum, la pathogénie suivante : c'est la dernière anse de l'intestin grêle, dans la très grande majorité des cas, qui forme le contenu des entérocèles inguinales droites et souvent celui des entérocèles gauches : et lorsque le cæcum descend dans une hernie, c'est presque toujours qu'il y est attiré à la suite de cette anse. La descente de l'intestin grêle ne constitue donc point une complication de la hernie cæcale dite primitive : il est plus vraisemblable de supposer lorsque le cæcum est seul hernié, que l'intestin grêle qui avait fait hernie à un moment donné, est rentré dans le ventre, vu sa réductibilité facile, au moment de la dissection, laissant derrière lui le cæcum irréductible. MAUBRAC.

Double hypertrophie mammaire, par Léon LABBÉ (*Bull. acad. de méd.*, 28 *juillet* 1891).

Jeune fille de 14 ans, bien conformée et bien portante, réglée à 12 ans.

Depuis 8 mois, plusieurs poussées d'hypertrophie des glandes mammaires, qui étaient devenues très considérables et très gênantes. La plus grande circonférence des seins mesurait 69 centimètres. L'ablation en fut pratiquée; Le sein gauche pesait 3,500 grammes; le sein droit 3,900 grammes. L'examen histologique a montré qu'on avait affaire à une hypertrophie fibreuse des lobules mammaires. OZENNE.

Étude sur quelques carcinomes colloïdes de la mamelle, par Charles BRINDEJONC (*Thèse de Paris*, n° 373, 1891).

Les caractères notés par l'auteur dans l'observation des carcinomes colloïdes de la mamelle sont : 1° la rareté de l'affection (8 cas sur 326 tumeurs du sein) ; 2° l'enkystement fréquent (3 fois sur 8) ; 3° la lenteur de l'évolution (6 ans, 4 ans, 15 mois) ; 4° l'infection ganglionnaire tardive.

La dégénérescence colloïde du carcinome débute d'ordinaire par les cellules ; elle envahit ensuite la trame qu'elle peut détruire complètement. La distinction de la trame et des cellules entraîne la formation d'une sorte de kyste au centre de la tumeur.

La dégénérescence totale de la trame modifie parfois profondément l'aspect microscopique de la tumeur qu'il peut être difficile de reconnaître au premier abord. C. WALTHER.

The sternal symptom in breast carcinoma, par SNOW (*The Lancet*, 11 *juillet* 1891).

Chez les femmes atteintes de cancer du sein, l'examen de la région sternale est important, soit avant l'opération, soit pour surveiller la récidive après l'opération. On trouve assez fréquemment au niveau de la deuxième articulation costale une proéminence du sternum développée lentement et sans douleur, proéminence qui indique toujours un noyau de généralisation secondaire et est, soit une contre-indication opératoire formelle, soit un signe certain de récidive. A.-F.- PLICQUE.

Repeated operations on the same nerve for chronic facial neuralgia, par E. ANDREWS (*Med. News*, 14 *février* 1891).

Une dame de 60 ans souffrait d'une névralgie du maxillaire inférieur : après trépanation du maxillaire, le nerf fut arraché, et les douleurs ne reparurent qu'au bout de un an et demi. Supposant que le nerf était adhérent à la cicatrice, Andrews détacha le tissu cicatriciel qui existait au lieu de la trépanation antérieure, et après torsion, l'arracha. Le tissu cicatriciel ne contenait pas de fibres nerveuses, et cependant les douleurs disparurent pendant près de deux ans : les douleurs ayant reparu, la même opération fut de nouveau pratiquée, et avec le même succès. La malade fut ainsi guérie 4 fois durant une période de 6 ans, quoiqu'on n'eut pas enlevé de tissu nerveux, excepté lors de la première opération. MAUBRAC.

Manuel opératoire de la résection totale de la première côte, par CECI (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLI*, 3).

L'auteur après avoir donné des indications anatomiques précises sur la région, décrit six temps à cette opération, qui se fait de la même manière à droite et à gauche, malgré la disposition non identique des nerfs et des vaisseaux : 1° incision de la peau ; part du milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien, se dirige, convexe en dehors, vers la

partie moyenne de la clavicule, et après avoir décrit une nouvelle courbe à concavité externe, se termine dans le deuxième espace intercostal; 2° section de la clavicule avec un costotome ; 3° dissection de la moitié interne de la clavicule, en rasant l'os avec un instrument mousse, pour éviter la blessure des vaisseaux et section des ligaments costo et sterno-claviculaires aussi largement que le permet la subluxation de la clavicule. On arrive ainsi sur la première côte que l'on achève d'isoler et que l'on résèque; 4e temps, au niveau du cartilage en avant et du col en arrière; 5° sutures profondes du lambeau, hémostase et suture de la clavicule; 6° sutures superficielles. MAURANGE.

Two cases of amputation of the entire upper extremity, par TREVES (*The Lancet*, *21 novembre* 1891).

Ces deux cas d'amputation interscapulothoracique ont été pratiqués; le premier, chez une femme de 43 ans pour un sarcome de l'épaule, le second, chez une femme de 57 ans pour un cancer récidivé du rein avec adénopathie ulcérée de l'aisselle.

La première malade guérit par première intention. La température ne s'éleva jamais au-dessus de 37°. Elle put quitter l'hôpital le vingtième jour.

La seconde malade eut un très petit abcès localisé, mais la réunion fut assez parfaite pour permettre à la malade sa sortie au vingt-et-unième jour.

Treves n'a trouvé dans la science qu'un cas d'amputation interscapulo-thoracique pour un cancer du rein. L'opération fut faite par Morisani Domenico, qui enleva de plus des portions étendues de la troisième et de la quatrième côte. Le thorax fut ouvert, et la malade mourut au bout de cinq heures.

A.-F. PLICQUE.

Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule, par FÉLIZET (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVI*, *p.* 793).

Ce procédé consiste à faire une raquette dont le manche siège sur la ligne d'incision de la ligature de l'axillaire dans l'aisselle et dont le rond circonscrit la partie inférieure de la région deltoïdienne.

Après suture de la queue de la raquette, le pourtour est aplati par des sutures antérieures et des sutures postérieures, de sorte qu'il en résulte deux lignes de sutures disposées en T.

Le résultat définitif est : une cicatrice très peu étendue, linéaire, en étoile, cachée dans la partie inférieure du lambeau, sous l'aisselle; un moignon sans cicatrice, capable de supporter toutes les pressions et applications en haut, en avant et en arrière; enfin une saillie aussi peu accusée que possible de l'acromion. C. WALTHER.

I. — Nouveau procédé d'amputation ostéoplastique du pied, par LOISON (*Archiv. de méd. milit.*, *p.* 394, *novembre* 1891).

II. — Sur un nouveau procédé de résection ostéoplastique du pied, par Paul MICHAUX, rapport par BERGER (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, *XVII*, *p.* 47).

I. — Ce procédé consiste dans une désarticulation du pied avec conservation de la partie interne du calcanéum, dans le lambeau interne tracé selon l'indication de Farabeuf pour la sous-astragalienne.

Le calcanéum est scié verticalement, en son milieu, dans l'axe antéro-postérieur, et on adapte la surface de section du calcanéum, à celle des

os de la jambe, en renversant en haut et en tirant un peu en avant le fragment calcanéen.

Tauber (*Centralbl. für Chirurg.* 1891, n° 30, p. 584) a pratiqué cette opération avec résultat satisfaisant. MAUBRAC.

II. — Ce procédé a l'avantage de ménager les vaisseaux tibiaux et le nerf tibial postérieur, d'ouvrir une voie large pour aborder le squelette et les articulations et de diminuer l'exubérance des parties molles qui font saillie autour de la réunion osseuse.

Michaux, en effet, supprime sur la face dorsale du pied un triangle de peau limité en dehors par une ligne étendue du 5e métatarsien au tendon d'Achille, en dedans par une ligne courbe qui partant au même point du tendon d'Achille, passe horizontalement sous la malléole externe et se recourbe pour aboutir à l'articulation scapho-cunéenne, en avant par une ligne qui rejoint les deux précédentes. Ce triangle reste adhérent aux os et est enlevé avec eux.

Le deuxième temps consiste à désarticuler le pied et à dénuder la gouttière calcanéenne et toute la partie postérieure du tarse, comme dans la désarticulation tibio-tarsienne ; ainsi sont respectés les vaisseaux.

Dans le troisième temps, la section des métatarsiens doit être faite suivant la direction de l'interligne de Lisfranc et dans un plan vertical. Section du tibia et du péroné à la hauteur voulue. Dans le rapprochement des os, l'avant-pied garde une légère inclinaison sur la jambe ce qui fait que l'opéré est plutôt plantigrade que digitigrade. La suture des os est faite au fil d'argent ou au catgut. C. WALTHER.

Ueber die Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremität (Traitement de la gangrène sénile du membre inférieur), par L. HEIDENHAIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 38, *p.* 1087, 1891).

L'auteur a réuni à la clinique de Küster, 30 cas de gangrène sénile du membre inférieur. Dans 13 cas on a pratiqué l'amputation primitive ou la désarticulation au-dessous du genou : 2 guérisons immédiates, 2 décès par gangrène des lambeaux, 9 sujets ont dû être amputés secondairement au niveau ou au-dessus du genou et ont guéri. Dans 17 cas, on a amputé primitivement dans le genou ou au-dessus du genou : 9 guérisons, 8 morts dues au coma diabétique ou à l'affaiblissement cardiaque. Tous les sujets de cette seconde catégorie dont la santé n'était pas, avant l'opération, fort compromise (diabète et albuminurie, myocardite chronique, sénilité) ont été sauvés.

Aussi l'auteur recommande-t-il de faire toujours l'amputation au-dessus du genou : l'amputation de la jambe en effet est presque constamment suivie de gangrène des lambeaux, et les opérés doivent être réamputés à la cuisse. L'amputation de cuisse doit être pratiquée dès que la gangrène envahit le dos du pied ou la plante du pied; le pronostic est favorable quand il n'y a pas de fièvre. Quand la gangrène est limitée à un ou deux orteils, on peut attendre.

Sur 11 diabétiques opérés par Küster, six ont été sauvés par l'amputation de cuisse.

Sur 14 sujets atteints de gangrène sénile simple, 9 ont guéri.

La pathogénie de la gangrène diabétique ne diffère pas de celle de

la gangrène sénile : l'une et l'autre sont dues à l'artériosclérose. Les diabétiques, même jeunes, sont souvent atteints d'artériosclérose avancée.

L. GALLIARD.

Zur Behandlung der Knochenbrüche (Traitement des fractures), par A. LANDERER (*Samml. klin. Vortr. n°* 19, *p.* 111, 1891).

Ce qui caractérise le traitement moderne des fractures, c'est qu'on s'occupe tout autant des parties molles que de la fracture elle-même. Faire la réduction et la coaptation exacte des fragments, et appliquer immédiatement un appareil plâtré; l'enlever au bout de 4 à 5 jours pour faire le *massage* des parties molles et mobiliser les articulations; le rappliquer pour 5 à 6 jours et faire ensuite tous les jours plusieurs séances de massage et de mobilisation articulaire: telle doit être la règle dans toutes les fractures. S'il s'agit du membre inférieur (sauf les fractures de la cuisse qui doivent rester 4 à 5 semaines dans l'appareil à extension), le malade peut marcher avec des béquilles au bout de 15 jours, avec une canne au bout de 20, et sans appui à partir de la 4e semaine. Les fractures du membre supérieur et celles de la rotule peuvent être traitées dès le début par le massage. Dans tous les cas, on engagera le malade à imprimer des mouvements actifs à ses articulations aussitôt que le cal sera assez résistant. Avec ce procédé la durée du traitement se trouve abrégée, et les résultats fonctionnels sont bien meilleurs qu'avec les anciennes méthodes. MARCEL BAUDOUIN.

Traitement de certains cals vicieux par l'ostéotomie linéaire, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 6 *décembre* 1891).

Gangolphe montre, dans ce travail, que l'ostéotomie doit être préférée à la résection tibio-tarsienne dans les cals vicieux consécutifs aux fractures du péroné avec arrachement de la malléole interne. Souvent la résection seule du péroné suffit. Quand il y a nécessité, il faut ébarber la malléole interne, rarement on sera forcé d'enlever une rondelle du tibia. Il faut avoir soin de reconstituer la mortaise tibio-péronière par la réimplantation avec ou sans suture de la malléole interne. A. C.

Exostose ostéogénique du frontal, par PRENGRUEBER (*Bull. méd.*, 10 *janvier* 1892).

Obs. intéressante par sa rareté comme siège. Femme de 22 ans. Tumeur dure sur la partie gauche latérale du front, à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse orbitaire externe; cette tumeur est survenue à la suite d'une contusion reçue à l'âge de 11 ans. Ablation à la gouge, après anesthésie. L'examen histologique confirme le diagnostic d'exostose ostéogénique. Pas d'autres exostoses sur les divers points du squelette. A. C.

The treatment of tuberculosis of bones and joints by parenchimatous and intra-articular injections, par SENN (*Americ. surgical Assoc.*, 23 *septembre* 1891).

Les injections parenchymateuses et intra-articulaires de substances antibacillaires sont indiquées dans toutes les lésions tuberculeuses des os et articulations accessibles à ce mode de traitement. De toutes les substances employées, l'iodoforme a donné les meilleurs résultats. On

emploiera l'émulsion à 10 0/0 dans la glycérine ou l'huile d'olive, de préférence à l'éther. Ces injections, qui doivent être précédées de lavage boriqué, se font à des intervalles d'une ou deux semaines, jusqu'à ce que l'inflammation tuberculeuse ait cessé, et qu'un processus de guérison s'y soit substitué, ou bien jusqu'à ce que les résultats de ce traitement aient montré son inefficacité. Les signes d'amélioration se manifestent dès la deuxième ou la 3e injection.

Dans l'empyème tuberculeux des articulations, et dans les abcès tuberculeux la diminution graduelle du contenu à chaque ponction, la transformation du pus qui devient visqueux indiquent une évolution heureuse.

Les séquestres étendus des extrémités articulaires, avec synovite tuberculeuse secondaire, nécessitent toujours la résection, mais le traitement préliminaire, avec l'injection iodoformée, constitue un procédé préparatoire favorable à l'opération, et rend plus certain un résultat heureux. Si l'iodoforme ne peut être employé, ou a échoué, le baume du Pérou peut être essayé, si une intervention opératoire n'est pas indiquée. MAUBRAC.

Ueber Stichverletzungen des Hüftgelenks (Sur les lèsions par coups de couteau de l'articulation coxo-fémorale), par Georg FISCHER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXXII*, 5-6, *p*. 409, 1891).

Dans cette courte note, Fischer fait l'historique des lésions consécutives à des coups de couteau portant au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Il cite à ce propos l'observation d'un jeune homme de 25 ans qui reçut un coup de couteau au-dessus du grand trochanter gauche. La plaie fut suturée de suite par un barbier, sans avoir été désinfectée au préalable, et fut pansée à l'acide phénique. Cela ne l'empêcha pas de suppurer; d'où coxite assez sérieuse. Bientôt tout s'amenda, et il persista une ankylose fibreuse de la hanche : la cuisse ne put se fléchir au delà de 45°, même après un traitement approprié.

Cet exemple montre que les plaies de cette région présentent un certain intérêt, et il importe de déterminer avec précision quelle est l'étendue de la zone qui, lorsqu'elle est atteinte, permet de supposer une lésion de l'articulation sous-jacente. Langenbeck a songé, il y a quelque temps déjà, à résoudre ce problème. De son côté, Fischer s'est livré, à ce propos, à des expériences sur le cadavre. Voici ce qu'il a constaté :

A) Lorsqu'un couteau est plongé perpendiculairement à 4 centimètres au-dessous de l'épine iliaque anterieure et supérieure : *a*) si le coup est porté dans l'axe du membre (ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la rotule), la lame traverse le droit antérieur et pénètre au-dessous du bord supérieur du cotyle, dans la tête fémorale; *b*) si le coup porte à un travers de doigt en dedans, la lame croise le bord interne du couturier, passe à 2 centimètres en dehors de l'artère crurale, au travers du psoas iliaque, puis pénètre profondément sous le bord supérieur du bourrelet cotyloïdien, à une profondeur de 2 centimètres trois quart dans la tête articulaire; *c*) si le coup porte à un travers de doigt en dehors de l'axe, le couteau passe à travers le tenseur du fascia lata et le moyen fessier, et rase la capsule au-dessus du col fémoral, sans atteindre ces parties : il reste en dehors de l'article.

B) Lorsque la lame est plongée à 6 centimètres au-dessous de l'épine

iliaque antéro-supérieure : *a*), si le coup porte dans l'axe du membre, le couteau traverse le couturier, puis le droit antérieur, au bord externe du psoas, et pénètre à 2 centimètres au-dessous du bord du cotyle dans la tête fémorale, un peu à côté de son milieu ; *b*), si le coup porte à un travers de doigt en dedans de l'axe du membre, le couteau pénètre par le bord externe des artères, traverse le psoas et s'enfonce à 2 centimètres au-dessous du bord supérieur du cotyle, au milieu de la tête fémorale.

En résumé, quand un couteau est plongé à angle droit, à 4 ou 6 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure dans l'axe du membre, ou à un travers de doigt en dedans, il pénètre dans la tête du fémur.

En dehors de ces considérations anatomiques, l'auteur fait suivre son observation de quelques remarques cliniques. MARCEL BAUDOUIN.

Die Behandlung des Tumor albus und ihre Endresultate, par GIBNEY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 828, 8 *septembre* 1890).

Dans l'espace de 13 ans, Gibney a soigné 450 cas de tumeurs blanches du genou et il est en état de donner le résultat définitif du traitement pour 159 d'entre eux.

Sa médication purement conservatrice consiste à appliquer sur l'articulation malade une pommade composée de savon , de liqueur de Lugol et de belladone ; lorsqu'il survient des phénomènes inflammatoires, il immobilise le membre, tandis qu'il laisse promener le malade dès qu'il y a de l'amélioration. Jamais il n'incise les abcès dont il attend l'ouverture spontanée sous des compresses froides.

Des 159 malades sur lesquels il possède des renseignements, 19 ont succombé à des causes inconnues. Sur les 140 restants, 35 ont une ankylose avec guérison complète de la jointure et possibilite de se tenir sur leur membre ; 97 ont un genou plus ou moins mobile ; 5 ont dû subir ultérieurement la résection et 3 l'amputation. J. B.

Die Angeborene... (Luxation congénitale du scapulum en haut), par SPRENGEL (*Arch. f. klin. Chir*, *XLII*, 3).

Quatre cas réunis par l'auteur : 1, 4, 6 et 7 ans 1/2. C'est toujours l'omoplate gauche qui est le siège de la luxation, appelée aussi par Sprengel, en raison des rapports nouveaux affectés par cet os, élevé d'environ 3 centimètres au-dessus de son congénère, avec la clavicule du même côté. La fonction du membre supérieur gauche n'est nullement gênée. Tous les mouvements de l'articulation de l'épaule peuvent être facilement exécutés : il n'y a pas de déformation particulière du thorax ou de la colonne vertébrale ; pas de modifications anatomiques dans l'union du scapulum avec la clavicule. Cette déformation est congénitale et son étiologie livrée à l'hypothèse. Toute idée d'intervention chirurgicale doit être repoussée. MAURANGE.

De la cure des luxations récidivantes de l'épaule par les injections périarticulaires de chlorure de zinc, par DUBRUEIL (*Semaine méd.*, 27 *février* 1892).

Chez un malade, atteint de luxation de l'épaule et ayant présenté déjà cinq à six récidives, Dubrueil eut l'idée de déterminer une consolidation de la capsule, un épaississement qui préviendrait ces récidives. Il se servit des

injections de chlorure de zinc au 10e. Six injections en dix jours. Le résultat fut satisfaisant et la tête ne se déplaça plus. A. C.

Des luxations métacarpo-phalangiennes irréductibles des quatre derniers doigts par FRUCHAUD (*Thèse de Paris, n° 22, 2 décembre* 1891).

Les articulations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts ont, au point de vue anatomique, une analogie complète avec celle du pouce, action semblable des muscles, mêmes ligaments latéraux et même fibro-cartilage.

Comme dans la luxation postérieure du pouce, c'est le ligament antérieur qui vient s'intercaler entre les deux surfaces articulaires des doigts et met obstacle à la réduction dans les luxations complètes. Mais ces luxations sont plus rares pour les deux doigts du milieu que pour les deux autres.

Si les procédés de douceur ont échoué, il faut recourir à l'arthrotomie à ciel ouvert.

La résection de la tête du métacarpien, nécessaire quand les cartilages sont lésés, ou que la plaie est infectée, ou que des brides fibreuses se sont formées, doit, lorsque ces facteurs n'existent pas, céder le pas à l'arthrotomie à ciel ouvert. MAUBRAC.

Nouveau procédé de greffe tendineuse dans les cas de section ancienne des tendons fléchisseurs des doigts, par ROCHET (*Gaz. hebd. Paris*, 20 *juin* 1891).

Ce procédé, qui a été exécuté sur un jeune homme, dont les deux tendons fléchisseurs de l'indicateur avaient été coupés deux mois auparavant, au niveau de la paume de la main, a consisté à appliquer, entre les deux extrémités tendineuses distantes l'une de l'autre de 6 centimètres au moins, une certaine longueur du tendon. Pour cela Rochet a sectionné le tendon fléchisseur profond à 1 centimètre 1/2 au-dessus de son insertion digitale, puis il l'a libéré de ses connexions avec le fléchisseur superficiel au niveau de la paume de la main, là où avait eu lieu la plaie contuse ; il en est ainsi résulté l'isolement d'un bout de tendon, que l'on a sorti de sa gaine par en haut, et dont on s'est servi comme raccord en suturant son extrémité inférieure au bout inférieur du tendon du fléchisseur superficiel, et son extrémité supérieure aux bouts musculaires du fléchisseur superficiel et même du fléchisseur profond. Les sutures ont été faites au fil de soie, et le résultat a été excellent puisque la deuxième phalange du doigt se fléchissait énergiquement et que même la troisième phalange se mouvait légèrement sur la deuxième. OZENNE.

I. — De l'allongement d'un tendon divisé avec écartement plus ou moins considérable de ses deux bouts par des incisions en zigzag pratiquées sur ses bords, par A. PONCET (*Gaz. hebd. Paris*, 28 *novembre* 1891).

II. — De l'allongement des tendons par mobilisation de leur insertion osseuse et par incision en accordéon, par PÉCHEUX (*Thèse de Lyon*, 1891).

I. — Sur tout tendon ni trop petit ni trop cylindique on peut, par des incisions en zigzag, augmenter sa longueur dans des proportions telles qu'elle est presque doublée. Pour obtenir ce résultat il faut, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri à lame étroite, encocher d'une certaine manière le tendon sur ses deux bords et ses deux faces.

La première incision est pratiquée à 5 ou 6 millimètres de l'extrémité

tendineuse, sur le bord interne par exemple ; la deuxième, sur le bord externe, distante de la première de 5 à 6 millimètres également. On fait ainsi un plus ou moins grand nombre d'incisions alternantes. Chacune d'elles doit dépasser plus ou moins la moitié de la largeur du tendon et comprendre le tendon et sa séreuse, qu'on aura soin de ne pas dilacérer. Il n'y a pas de nécrose à craindre.

Suivant le niveau où aura porté la section tendineuse, les incisions extensives seront pratiquées sur les deux bouts ou seulement sur le plus long.

L'allongement obtenu par ce procédé sera d'autant plus appréciable que le tendon est plus large.

Dans deux cas de section de tendon où l'écartement des deux bouts était trop considérable pour permettre l'affrontement, Poncet a mis ce procédé en pratique.

Dans l'un, chez un jeune homme de 16 ans, il a opéré sur le tendon d'Achille, dont les deux bouts se déchiraient sous les tractions du fil, il a pu en obtenir ainsi l'affrontement sans traction des extrémités tendineuses.

Il en a été de même chez un autre blessé, dont l'extenseur propre de l'index avait été sectionné. Sur ces deux malades le résultat a été excellent.

II. — P. developpe les idées de son maître, Poncet, et indique deux procédés : l'un par mobilisation de l'insertion osseuse, l'autre par incision comme ci-dessus. OZENNE.

De l'utilisation du périoste dans la suture du tendon d'Achille. Procédé de reculement de l'insertion, par FÉLIZET (*Bull. Soc. de chirurgie*, *XVII*, . 439).

Dans un cas de section du tendon d'Achille au ras de la saillie supérieure du calcanéum et par conséquent sans bout inférieur du tendon pour la suture, Félizet après avoir détaché l'insertion du tendon et le périoste sur une hauteur de 15 millimètres fit la résection d'un prisme du bord postérieur du calcanéum. Ainsi se trouva constitué un bout inférieur périostéo-tendineux mobile et solide, suffisamment épais pour se greffer sur le bout du tendon gastro-cnémien, indépendant, grâce à l'excision osseuse de la nouvelle face postérieure du calcanéum et promettant, par le fait de cette indépendance, une mobilité entière de fonctionnement. Il s'agissait, en fait, d'un reculement de l'insertion du tendon au calcanéum.

Le résultat fut excellent. Pour permettre la marche précoce et sans danger de rupture, Félizet fit porter à l'opéré une chaussure à semelle large, garnie à l'intérieur d'une masse oblique de liège dont le plan incliné suivait l'obliquité de la plante du pied encore en équinisme. Au bout d'un mois le malade put marcher avec un soulier ordinaire. C. WALTHER.

Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par les sections multiples sous-cutanées, par GANGOLPHE (*Mercredi méd.*, 6 *janvier* 1892).

Chez un rhumatisant atteint d'une double rétraction de l'aponévrose palmaire, Gangolphe a pratiqué l'opération suivante sur la main gauche, don les deux derniers doigts étaient absolument fléchis sans redressement possible. L'anesthésie obtenue, il a fait 15 ou 16 ténotomies sur la paume de la main et les deux premières phalanges. Les tentatives de redressement ont été laborieuses, à cause de la sclérose et des adhérences de la peau et sur certains points, correspondant à des nodules et à des crevasses, il a été nécessaire d'inciser longitudinalement dans l'étendue de 4 à 5 millimètres pour

extirper de petits fragments scléreux. Malgré l'impossibilité de redresser complètement les phalanges, dont les extrémités présentaient les lésions de l'arthrite déformante, le résultat a été tel que le malade pourra reprendre sa profession de menuisier. OZENNE.

Sopra un rabdo-mio-lipoma della coscia, par A. NANNOTTI (*Il Morgagni, octobre* 1891).

Observation d'un homme de 41 ans, ayant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse droite une tumeur molle, non fluctuante, ovoïde, du volume d'une tête de fœtus à terme, non douloureuse ni spontanément ni à la pression. La tumeur, sous-jacente à l'aponévrose profonde, est située entre le vaste interne et le droit antérieur, elle se prolonge jusqu'à la bifurcation de la ligne âpre qui se rend au petit trochanter et y adhère; elle a une couleur jaunâtre, une surface légèrement lobulée et présente, à sa surface et sur une section, quelques stries rougeâtres ayant l'apparence du tissu musculaire. Au microscope, elle est constituée par du tissu adipeux, au milieu duquel on rencontre des fibres musculaires striées, normales ou hypertrophiées ou de très petites dimensions. GEORGES THIBIERGE.

Deux cas de gangrène partielle du pied, consécutive à des injections hypodermiques d'antipyrine, par VERNEUIL (*Bull. acad. méd.*, 3 *novembre* 1891).

1° Homme de 39 ans, sans tare constitutionnelle, atteint, à la suite d'une chute sur la fesse, de vives douleurs dans le membre inférieur et principalement dans les deuxième, troisième et quatrième orteils. Sur la face dorsale de ses doigts on fait une injection avec une solution d'antipyrine, qui fut rapidement suivie d'un sphacèle de ces orteils et de la production d'une rougeur œdémateuse de la face dorsale du pied.

2° Homme de 40 ans, névropathe, présentait depuis quelques années de l'asphyxie des extrémités. A la suite d'une injection sous-cutanée d'antipyrine en solution aqueuse, qui ne fit pas disparaître les douleurs, eschare de 2 centimètres de diamètre au niveau de la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Dans la suite, extension de la mortification au gros orteil, ce qui nécessita la double désarticularion métatarso-phalangienne. Cicatrisation lente et guérison.

Un an après, gangrène limitée du deuxième orteil gauche; désarticulation et guérison rapide; enfin une année plus tard, gangrène du pied et du tiers inférieur de la jambe, pour laquelle on fit l'amputation au lieu d'élection; guérison avec persistance d'une fistule. L'examen anatomique du membre amputé n'a montré ni névrite périphérique, ni endartérite, ni lésion capable d'expliquer la gangrène. OZENNE.

Ueber angiosclerotische Gangrän, par ZŒGE-MANTEUFFEL (*Arch. f. klin. Chir., XLII,* 3).

Sous ce nom l'auteur étudie les gangrènes spontanées, ayant pour origine l'artério-sclérose, d'après six cas observés chez des malades de 49, 40, 38, 39, 36 et 34 ans. La forme aiguë de l'affection, les douleurs presque constantes qui l'accompagnent même dès l'envahissement du membre atteint, caractérisent cette lésion dont il attribue la pathogénie à la névrite qui se développe dans les cordons nerveux qui sont en rapport direct avec les artères et les veines sclérosées. Or, comme ces relations étroites n'existent qu'à la périphérie et non pour les gros troncs vasculaires, il en résulte que l'intervention qui atteindra la limite où ceux-ci commencent, sera légitimée par les résultats. C'est ce qui fait

résumer par l'auteur les indications d'une opération : 1° dans la nature de la gangrène ; 2° dans les troubles vasculaires et nerveux dont elle s'accompagne. MAURANGE.

Die Ætiologie des Erysipels, par JORDAN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLII*, 2).

L'auteur après avoir démontré par une revue générale sur l'état de la question, l'identité morphologique du streptococcus erysipelatus de Fehleisen et du steptococcus pyogenes, arrive par l'examen approfondi de deux cas, aux conclusions suivantes :

1) L'érysipèle n'est pas étiologiquement une maladie spécifique ; ordinairement il est produit par le streptococcus pyogenes, mais il peut l'être par le staphylococcus pyogenes.

2) Le passage du virus érysipelateux dans le sang a eu lieu très vraisemblablement dans tous les cas.

3) Il en résulte des processus métastatiques : la pyémie qui arrive dans le cours de l'érysipèle est donc primitivement causée par le coccus érysipélateux.

4) Les différences d'action des coccus pyogènes sur les tissus dépend : *a*) de leurs localisations différentes, *b*) d'une modification en plus ou en moins dans leur pouvoir virulent. MAURANGE.

Note sur les suppurations à pneumocoques, par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, *7 février* 1892).

Jeune homme de 27 ans pris, au cours d'une grippe, d'otite suppurée. Perforation spontanée du tympan. La fièvre ne tombe pas, 40°5 ; frissons, céphalalgie. Rien à la poitrine. On voit survenir, le lendemain, un abcès sous-cutané au dos de l'avant-bras ; puis successivement d'autres abcès sur divers points du corps, tous superficiels. Il y en eût 18. Condamin les ouvrit au thermocautère, par simple ponction ; l'abcès était guéri en trois jours. Le pus donna par culture des pneumocoques. Convalescence longue. A. C.

Adéno-lymphocèle double de la région inguinale, par MATIGNON (*Journ. méd. Bordeaux*, *4 octobre* 1891).

Femme de 61 ans, atteinte de la double lésion suivante : Dans le pli de l'aîne, du côté droit, se voit une tumeur, de la grosseur de deux têtes de fœtus, d'une forme assez régulière et paraissant suspendue au pli de la région. Mobile en tous sens, nullement douloureuse à la pression, pesant de 2 kilos. 500 à 3 kilos, elle n'est pas réductible, mais un peu dépressible et l'on sent dans son épaisseur des noyaux durs, de consistance fibreuse et de grosseur différente. Outre ces noyaux qui siègent principalement dans le tiers inférieur on y perçoit aussi des cordons durs, noueux et de la grosseur d'une plume de corbeau; à la surface antérieure existent un certain nombre de conduits lymphatiques sous forme de cordons blanchâtres.

Du côté gauche, se trouve une seconde tumeur de même nature, mais n'offrant que le volume du poing.

Ces deux tumeurs, qui augmentant de volume et de consistance par la marche, datent celle de droite d'une quinzaine d'années, et celle de gauche d'un an environ. La première s'est ulcérée en un point et a donné lieu, à plusieurs reprises, à un écoulement, et cette lymphorragie amenait la disparition presque totale d'une ascite. Pas d'autres dilatations lymphatiques. Rate volumineuse.

Ablation de ces deux tumeurs, qui présente un pédicule engagé dans l'an-

neau crural: celui du côté gauche est formé par un kyste ganglionnaire. Cinq semaines après l'opération, la cicatrisation était complète, mais l'ascite était en voie d'accroissement.

L'examen de ces tumeurs a montré qu'elles étaient formées par des kystes ganglionnaires et des vaisseaux lymphatiques. OZENNE.

Eine seltene erbliche Lipombildung (Formation de lipomes héréditaires), par H. BLASCHKO (*Archiv f. path. Anat.*, *CXXIV*, 1).

Blaschko rapporte l'histoire d'une famille dont les descendants masculins sont affectés, dans différentes régions du corps, de lipomes multiples de volume variable. Le développement de ces tumeurs ne commença qu'à la puberté et les enfants en sont encore exempts à présent. Les descendants féminins de cette famille n'ont jamais présenté de lipomes. ÉD. RETTERER.

Un cas d'actinomycose, par THIRIAR (*Mercredi méd.*, 15 *juillet* 1891).

Femme de 37 ans, sans antécédents héréditaires, n'ayant jamais eu pour nourriture que du pain de seigle, des pommes de terre et parfois du porc. Sur la joue gauche existe une tumeur aplatie, étalée; la peau est livide, violacée et perforée en quatre endroits, d'où s'écoule un pus mal lié, séreux. La tumeur molasse, semi-fluctuante en certaines parties, plus dure à la périphérie est sans adhérences profondes. Pas d'engorgement ganglionnaire. Un curetage des parties malades permet de recueillir au milieu des débris de tissu enlevés une assez grande quantité de grains jaunes arrondis, brillants, dans lesquels le microscope a fait reconnaître l'élément caractéristique de l'actinomycose. OZENNE.

Du rein mobile ; formes cliniques, traitement, par G. DUCHESNE (*Thèse de Paris*, *n°* 7, 18 *novembre* 1891).

L'auteur décrit deux formes de rein mobile : la première forme, rein mobile simple, reconnaît pour étiologie des causes prédisposantes, grossesse surtout, et des causes occasionnelles, dont la plus fréquente est le traumatisme ; l'autre forme, dite rein mobile compliqué, peut être rattachée à une maladie générale, véritable dystrophie caractérisée par un état d'infériorité physiologique des tissus et des différents systèmes : c'est dans cette forme que s'observent en même temps l'entéroptose et l'atonie, atonie gastrique, intestinale, nerveuse, etc.

A la première variété, la néphrorraphie apporte un soulagement souvent complet; pour la deuxième forme, il faut avoir recours au massage de la paroi abdominale, aux appareils de contention, etc. : la néphrorraphie ne paraît pas avoir ici donné d'excellents résultats.

172 cas de néphrorraphies réunis par l'auteur ont donné : 68 guérisons absolues, 25 améliorations persistantes, 24 résultats satisfaisants, 8 améliorations temporaires, 20 insuccès, 8 morts. MAUBRAC.

I. — Vorstellung eines Falles von Zerreissung der Harnblase (Rupture traumatique intra et extra-péritonéale de la vessie), par SCHLANGE. (*Berlin. klin. Wochens.*, *p.* 688, 6 *juillet* 1891).

II. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibidem*).

III. — A contribution to the surgical treatment of ruptures of the bladder (Vessie), par A. CABOT (*Med. News, p.* 377, 26 *septembre* 1891).

I. — Homme de 34 ans sur l'hypogastre duquel a passé la roue d'un camion ; une heure auparavant, il avait bu une grande quantité de bière. Vives douleurs suspubiennes avec pressants besoins d'uriner impossibles à satisfaire Le cathétérisme vésical n'amène que du sang. Taille hypogastrique 24 heures après la blessure. Vessie remplie par un gros caillot ; elle présente les lésions suivantes : 1° au niveau de la paroi postérieure, immédiatement à gauche de la prostate, une déchirure irrégulière, longue de 5 centimètres, permettant d'arriver dans une grande cavité située entre la vessie et l'intestin et contenant une grande quantité d'urine sanglante ; 2° au sommet de la vessie, déchiquetures multiples. En introduisant le doigt dans cette seconde déchirure, on en fait sortir beaucoup d'urine sanglante et une anse d'intestin grêle. Il s'agissait donc de déchirures vastes à la fois intrapéritonéales et extrapéritonéales.

Pour faciliter l'accès de la déchirure du bas-fond de la vessie, Schlange sectionna le grand droit gauche et arrêta par une ligature, l'hémorragie vésicale, en même temps il s'assura de l'intégrité de l'uretère gauche. Après tamponnement provisoire de cette plaie, il ouvrit la cavité abdominale, en prolongeant l'incision de la taille jusque près du nombril. Il reconnut alors un vaste décollement du péritoine pariétal et vésical, formant une grande cavité prépéritonéale remplie d'urine et communiquant avec la cavité abdominale par une petite et par une plus grande déchirures irrégulières du péritoine. La cavité abdominale contenait environ un quart de litre d'urine qui fut étanchée avec de la gaze stérilisée. Pour suturer le péritoine,il fallut encore agrandir l'incision des téguments abdominaux jusqu'à mi-distance du sternum et de l'ombilic. Vu les graves et multiples lésions de la vessie, Schlange ne la sutura pas, se contentant d'en fixer le sommet aux téguments, par quelques points. Enfin Schlange poussa dans la plaie du bas-fond un tampon de gaze iodoformée et remplit de la même gaze, sans la bourrer, la cavité vésicale. Pas de cathéter. Guérison sans incidents.

Dans sa thèse (1888), Cossak a réuni 108 cas de ruptures intrapéritonéales de la vessie. 107 de ces blessés ont succombé, un seul a guéri, celui de Walter, laparotomie 10 heures après l'accident. 7 autres blessés ont été opérés infructueusement.

II. — Comme moyen de diagnostic sûr et inoffensif des déchirures intrapéritonéales de la vessie, E. Hahn préconise l'injection d'air ou de la solution salée physiologique.

D'après P. Gueterbock, Weir (de New-York) se sert du même procédé que Hahn. Mais l'utilité de ces injections se trouve limitée en cas de ruptures extrapéritonéales accompagnées d'épanchements sanguins considérables ou de caillots volumineux et dans l'espace prévésical, et les injections sont contre-indiquées en cas de ruptures intrapéritonéales, à cause de la possibilité d'agrandir de petites déchirures ou de compléter des déchirures incomplètes. J. B.

III. — Cabot considère spécialement la rupture extra péritonéale de la vessie. Il croit insuffisant le drainage simple de la vessie, soit à travers une boutonnière périnéale, soit par un cathéter. Or, il importe d'abord de savoir où est la déchirure, et dans quelle direction l'urine s'est créée une voie dans le tissu connectif perivésical : alors seulement on pourra ouvrir le lieu où siège l'épanchement, et établir un drainage approprié. L'incision dans l'espace prévésical, recommandée par Rivington, n'est appli-

cable qu'aux cas de rupture siégeant sur la paroi antérieure de la vessie, et s'accompagnant d'un épanchement léger. Aussi, dans les cas douteux, on a conseillé de faire une cystotomie médiane, et avec le doigt rechercher la déchirure : ce procédé est encore souvent insuffisant. La meilleure méthode est d'ouvrir la cavité abdominale, et ainsi voir et palper les parties voisines de la vessie.

Cabot relate un fait de rupture extrapéritonéale de la vessie survenue durant une opération de litholapaxie, découverte et traitée par l'ouverture de l'abdomen. Et il propose que, dans les cas semblables, la laparotomie soit pratiquée, sauf lorsqu'il est évident que l'urine est extravasée dans l'espace prévésical (une incision sus-pubienne est ici suffisante), ou lorsque l'état du patient est tel que l'on ne puisse pratiquer que la taille médiane. MAUBRAC.

Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern in der Blase (Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie), par Gerhard RUBEN (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXIII*, 1, *p.* 7).

Des corps étrangers peuvent être introduits dans la vessie par 3 voies : 1° les voies urinaires (urètre); 2° une plaie des téguments et des parois vésicales; 3° une communication pathologique de la vessie avec la cavité d'un organe voisin. Cela dit, l'auteur passe en revue les diverses sortes de corps étrangers qu'on trouve d'ordinaire dans le réservoir urinaire. Il insiste en particulier sur ceux qui proviennent du bris d'un instrument chirurgical introduit dans un but thérapeutique par les voies naturelles : sondes de caoutchouc ou de gomme, bougies, cathéters en verre, sondes de trousse, dont l'extrémité peut se dévisser et rester dans la vessie. Il cite à ce propos l'observation d'un rhumatisant atteint de rétention d'urine, chez lequel, au cours d'un cathétérisme évacuateur, une sonde en caoutchouc se brisa. On fut obligé, séance tenante, de faire la taille périnéale, qui resta infructueuse. Le malade guérit; mais 5 mois plus tard, à l'examen cystoscopique, on réussit à découvrir le corps étranger, qui avait donné lieu à la formation d'un calcul. Après plusieurs tentatives de lithotritie, on finit par l'extraire. L'auteur, après avoir conté cette histoire fort instructive, commente pas à pas les événements qui se sont produits, décrit la formation des calculs autour des corps étrangers vésicaux, rappelle et confirme les expériences classiques de Henriet et les recherches cliniques de Guyon.

En terminant, il se demande, étant donné un corps étranger de la vessie, quelle est la meilleure thérapeutique à suivre d'emblée pour ne pas perdre de temps à des tâtonnements infructueux. Pour lui, il n'y a pas de méthode de choix : tout dépend de la nature du corps étranger. L'extraction par les voies naturelles est indiquée quand le volume de ce dernier ne dépasse pas le calibre de l'urètre ou peut être fragmenté (nombreux succès par la litholapaxie avec aspiration). Il ne faut recourir à l'ouverture de la vessie que si l'on ne peut faire autrement. Voici, d'ailleurs, la dernière phrase de ce mémoire : « Il ne faut pas admettre l'opinion émise par Volkmann au Congrès des naturalistes allemands de Magdebourg, à savoir que la lithotripsie et la litholapaxie ne conviennent plus à notre époque chirurgicale, où l'asepsie règne en maîtresse. » On le voit, c'est, en somme, un chaud plaidoyer en faveur de la litholapaxie—

paxie dans les cas de corps étrangers de la vessie, et une critique de l'opinion trop radicale de la plupart des chirurgiens allemands sur la matière. MARCEL BAUDOUIN.

D'une opération qui permet de découvrir la dernière portion de l'uretère, par DELBET (*Soc. anat., juillet* 1891).

Dans certains cas d'enclavement de calculs, il peut être nécessaire d'agir directement sur l'uretère : les six derniers centimètres sont difficiles à aborder, et Delbet propose de régler ainsi l'opération :

Le malade, dans le décubitus latéral, repose sur le côté sain : on pénètre dans le bassin, par une incision en L, dont la longue branche presque verticale est placée sur le bord sacro-coccygien, et dont la petite branche tombant verticalement sur l'extrémité supérieure de la première est à peu près parallèle aux fibres du grand fessier : on coupe alors les insertions de ce muscle, des ligaments sacro-sciatiques, et quelques fibres du pyramidal. On rase la face latérale du rectum, pour éviter de blesser les branches artérielles et veineuses du pédicule vasculaire du petit bassin : tous ces vaisseaux sont rejetés en dehors, et on arrive sur l'uretère toujours accolé au péritoine.

L'uretère trouvé, on peut le suivre en bas jusqu'à la vessie, et en haut jusqu'à sept ou huit centimètres de sa terminaison. Cette description s'applique particulièrement à l'homme. MAUBRAC.

Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung... (Torsion du cordon spermatique, avec conservation du testicule), par Edw. v. MEYER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 800, 1891).

Jeune homme de 18 ans, ayant éprouvé, le 15 octobre, en éternuant, une vive douleur au testicule droit avec lipothymie consécutive. On trouve le testicule fixé au voisinage de l'anneau inguinal externe, dur, à peine tuméfié, douloureux. Après une rémission, les souffrances reparaissent pendant la nuit du 16. Gonflement, tension de la peau.

Le 17, incision comme pour la hernie inguinale étranglée. La tunique vaginale est distendue, noirâtre. Le testicule est tuméfié, infiltré de sang, ainsi que la tête de l'épididyme. On constate que le testicule a exécuté un mouvement de rotation autour de son axe ; le cordon a été tordu une fois 1/2. On parvient facilement à le detordre. La vaginale est lavée au sublimé. Suture, drainage, gaze iodoformée pour le pansement.

Le 18, la température s'élève à 38°, puis l'apyrexie est complète. Le 23 octobre, on supprime le drain. Guérison. Le malade part le 4 novembre.

Le 10 février, on trouve le testicule fixé encore à la racine de la verge. Il mesure 3 centimètres de longueur. L. GALLIARD.

Traitement du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal, par L. H. PETIT (*Union médicale*, 9-11 *juillet* 1891).

Travail s'appuyant sur l'analyse de 26 cas.

L'opération convient surtout dans le cas où le spasme est tonique et limité au sterno-mastoïdien; mais si les autres muscles du cou sont envahis, la résection du nerf spinal est encore le meilleur procédé de traitement. Les opérateurs font leur incision, les uns le long du bord antérieur (c'est le meilleur procédé), les autres le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Après l'incision du nerf, il est bon, s'il y a

soit paralysie, soit rétraction du sterno-mastoïdien de le soutenir par un collier rigide, qui peut être également nécessité par l'atrophie ultérieure des muscles innervés par le nerf réséqué.

Sur 26 cas, il y eut 13 guérisons, 7 améliorations considérables, 2 améliorations médiocres, 3 améliorations passagères, 1 cas de mort par érysipèle. Sur les malades guéris, plusieurs avaient subi l'élongation sans succès. H. L.

I. — Ein Beitrag zur Lungenchirurgie (Chirurgie du poumon), par KURZ (*Wien. med. Presse*, n° 37, *p.* 1389, 1891).

II. — Case of abcess of lung (poumon); operation; recovery, par HUBER (*Med. News*, *p.* 455, 17 *octobre* 1891).

III. — Gangrène pulmonaire, pneumotomie, par E. HAGEN-THORN (*Vratch*, n° 19, 1891).

IV. — Résection de la paroi thoracique dans un cas d'ostéochondrome, par Ivan ZARÜBIN (*Comptes rendus de l'Université de Charkow*, *I*, *p.* 1).

I.— Un violoniste de 30 ans, portant une caverne volumineuse au sommet gauche, fébricitant, amaigri, a subi le 3 décembre 1884, l'opération suivante : incision du 2e espace gauche, ouverture de la caverne au thermocautère, canule de 10 centimètres de longueur laissée dans la caverne. Comme les feuillets de la plèvre n'étaient pas adhérents, il s'est produit un pneumothorax qui a duré 6 jours. Au bout de ce temps, cessation de la fièvre, amélioration de l'état général; diminution considérable de la toux et des crachats.

La sonde fut lavée tous les jours, mais on dut s'abstenir d'irrigations intracaverneuses; on introduisit seulement de l'iodoforme par l'ouverture.

Progressivement on remplaça la sonde initiale par des sondes plus courtes et moins grosses. Diminution rapide des sécrétions et de la toux. Cicatrisation avec rétraction des tissus. Apyrexie ; abolition des signes physiques de la caverne.

En été de l'année 1885, l'opéré reprit son métier très fatigant et l'exerce pendant *trois ans*. Mais il fut enlevé ensuite par une tuberculose galopante du poumon droit. L. GALLIARD.

II. — Un enfant de 4 ans était malade depuis quatre semaines; il avait de la fièvre, des frissons irréguliers, et une toux pénible: il était devenu maigre et pâle. L'examen de la poitrine montrait seulement une respiration bronchique dans la région sous-claviculaire droite: une ponction ayant amené du pus, on crut à un empyème. Durant l'opération (incision avec drainage) on trouva des adhérences de la plèvre, et on évacua le pus qui était contenu dans le poumon. La guérison fut rapide : une fistule seule persista durant dix mois. Cet abcès n'était ni tuberculeux, ni métastatique. MAUBRAC.

III. — Un homme de 32 ans contracte une pneumonie franche ; au bout d'un mois surviennent des frissons, une fièvre à type septicémique, de la toux et des crachats purulents teintés de sang, fétides. Un trocart enfoncé dans la poitrine entre la 4e et la 5e côte révèle un foyer de suppuration gangréneuse. Incision, lavage et désinfection locale, drainage : guérison au bout de vingt-six jours, après élimination du dernier lambeau sphacélé. H. R.

IV. — Cette tumeur a été rencontrée chez un jeune homme, elle s'était développée lentement, en sept ans, causant plus de gêne que de douleur. Elle mesurait 21 centimètres dans le sens horizontal et 19 dans le sens vertical de la 6e à la 9e côte, et du mamelon à la ligne axillaire; elle était dure, nodulée, fixe, non adhérente à la peau, sans rétrécissement ganglionnaire. Le totalité de la tumeur fut extirpée, y compris les côtes: le poumon n'éprouva qu'un affaissement partiel, grâce à des adhérences pleurales anciennes, et sauf une

hémorragie abondante, il n'y eut pas de troubles graves cardiopulmonaires. Pansement antiseptique avec la gaze boriquée, drainage et suture de la peau. Les deux premiers jours, collapsus, cyanose, vomissements et toux incessants ; puis diminution progressive des accidents, suppuration de la plaie pendant deux mois, suppression du drain le 61e jour ; guérison le 100e jour. La tumeur était un ostéochondrome. H. R.

OPHTALMOLOGIE.

I. — Nouvelles recherches sur la physiologie des mouvements des yeux, par LANDOLT (*Arch. d'ophtalm., XI, n° 5, p.* 385).

II. — *Idem*, **par BRAVAIS** (*Lyon méd. nov.* 1891).

I et II. — Landolt a recherché le plus petit angle que l'œil pouvait parcourir. Il faut tenir compte de l'acuité visuelle, de la réfraction, de la direction suivant laquelle les objets sont comptés, de la fatigue de l'œil, enfin de la visibilité plus ou moins grande des objets, points, lignes, ou figures. D'après ces expériences, l'œil n'est guère capable de parcourir un angle plus petit que 5 minutes de degré ; le plus petit angle d'excursion des yeux serait ainsi à peu près cinq fois plus grand que le plus petit angle visuel. De plus, lorsque l'œil suit une ligne droite, il se meut par une série de saccades faciles à constater ; il en est de même lorsqu'il suit les lignes d'impression. Le nombre de ces saccades n'est pas en rapport avec le nombre des mots, mais avec la difficulté de déchiffrer les caractères : elles sont plus nombreuses pour un texte écrit en langue étrangère, pour les noms propres, et surtout pour les chiffres, parce que la vision indirecte ne permet pas de deviner une partie des caractères. La lecture des chiffres est surtout fatigante parce que l'œil a de la tendance à agrandir ces petits angles d'excursion et qu'il est obligé de revenir en arrière après un saut trop grand.

Ainsi s'expliquent certaines fatigues, certains troubles asthénopiques chez les sujets qui sont obligés de travailler longtemps dans de pareilles circonstances : d'autant plus que les angles d'excursion sont en raison inverse de l'effort d'accommodation et de convergence. Si l'on se procure un soulagement en rapprochant le texte et en faisant des mouvements plus grands, on impose à l'accommodation et à la convergence un effort plus considérable. F. DE LAPERSONNE.

De la myopie chez les candidats aux écoles militaires, par NIMIER (*Annales d'oculistique, CVI, p.* 15, *juillet* 1891.)

Cette statistique, portant sur l'examen de plus de 300 jeunes gens, a révélé des conditions hygiéniques très défectueuses, en particulier la mauvaise correction habituelle des vices de réfraction. Le plus grand nombre de myopes portaient des verres choisis par eux-mêmes, soit trop faibles, soit nullement appropriés, par exemple des verres de myopie pour corriger un astigmatisme : dans un cas un hypermétrope

portait des verres concaves de 6 dioptries. Le plus souvent les verres choisis pour la vision de loin servaient pour la vision de près. Contrairement à l'opinion courante, le séjour dans les Écoles Saint-Cyr et polytechnique est loin d'être défavorable; c'est la période de préparation qui est dangereuse. En conséquence, c'est à l'autorité civile compétente à prendre les mesures nécessaires pour faire examiner la fonction visuelle et corriger exactement les vices de réfraction chez les jeunes gens se préparant aux écoles : elle évitera ainsi aux intéressés la perte de temps d'une préparation inutile et travaillera dans l'intérêt de l'armée en empêchant le développement de la myopie chez les futurs officiers.

F. DE LAPERSONNE.

Une épidémie d'héméralopie en Belgique, par VENNEMAN (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 5, p. 344, 1891).

Quarante-deux cas d'héméralopie ont été observés aux environs de Louvain, chez des enfants, qui tous avaient été atteints peu de temps auparavant d'une sorte de maladie de courte durée, se traduisant par une fièvre souvent vive et par de la céphalalgie plus ou moins accentuée. Dans un couvent-pensionnat contenant cinquante-six enfants, tous sans exception avaient été accablés pendant un à quatre jours par une bronchite aiguë accompagnée de maux de tête extraordinairement violents; de ces enfants, vingt, qui avaient été le plus souffrants, ont eu ensuite de l'héméralopie. Quelques femmes enceintes ou nourrices ont présenté les mêmes accidents. A l'ophtalmoscope, on constatait un œdème rétinien léger autour de la papille et des grains de pigment noir.

Des cas semblables ont été observés dans la même région par d'autres médecins.

LEFLAIVE.

Nouvelle méthode d'avancement des muscles droits de l'œil, par Argyll ROBERTSON (*Assoc. méd. britannique, août* 1891).

Le tendon du muscle à avancer étant maintenu par une pince de Prince, on le sectionne, on en resèque une partie et on passe au travers un fil de soie muni d'une aiguille à ses deux extrémités. Chaque aiguille est passée sous la conjonctive en longeant les bords supérieurs et inférieurs de la cornée, jusqu'à une assez grande distance au delà du diamètre vertical du globe et là elle perfore la conjonctive. Les deux fils sont noués ensemble. La traction exercée sur le fil produit un léger déplacement de la conjonctive qui vient recouvrir en partie le bord de la cornée, mais cela n'a pas d'inconvénient. Ce procédé, essayé une douzaine de fois par l'auteur, permet d'obtenir une correction plus complète.

F. DE LAPERSONNE.

Étude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique, par CHIBRET (*Soc. française d'ophtalm., XI*, n° 4, p. 303).

La conjonctive réunit les conditions les plus favorables à la culture de la plupart des bactéries : chaleur, humidité, alcalinité légère ; de plus, elle contient dans ses culs-de-sac, d'une façon permanente, des germes pathogènes, comme le staphylocoque doré, et cependant elle reste saine, car il faut qu'une altération épithéliale ouvre la porte à l'infection. Le

froid et le chaud, les traumatismes, les poussières, produisent des desquamations épithéliales. Ceci explique que le trachome soit plus fréquent dans certaines industries, comme celle du lin, où les ouvriers sont exposés à des poussières irritantes. Certaines substances chimiques phlogogènes, produits de sécrétion des microbes de la blennorragie ou de la diphtérie, ont peut-être la faculté d'attaquer la conjonctive.

Les altérations endogènes, telles que l'eczéma ou l'impétigo, agissent dans le même sens. — D'autre part, les antiseptiques diminuent la réceptivité ; c'est ainsi qu'agit la méthode de Credé, prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Il existe aussi une immunité individuelle, et Chibret lui-même a étudié l'influence de la race celtique sur l'atténuation du virus trachomateux.

L'étude des microbes est beaucoup moins avancée que celle du terrain. Le gonococcus est celui qui a été le mieux étudié ; sa présence dans les globules de pus, sa coloration par la méthode de Gram, sa disposition en diplocoque sont bien connues. Au début, le nombre des gonocoques augmente rapidement dans les globules de pus ; lorsque l'épithélium est détruit, ces microbes pénètrent dans la profondeur de la muqueuse ; ils ne redeviennent nombreux dans les globules de pus qu'à la période de déclin. C'est Widmarck qui a démontré l'existence du gonocoque dans l'ophtalmie des nouveau-nés. — Le bacillus diphtericus reste dans les fausses membranes ; la fausse membrane peut exister sans bacilles. L'agent infectieux du trachome, malgré les recherches de Michel, celui de la conjonctivite catarrhale, étudié par Weeks, ne paraissent pas définitivement démontrés. Restent enfin les affections eczémateuses de la conjonctive, pour lesquelles il ne paraît pas possible d'admettre une infection microbienne. Les altérations des nerfs périphériques, qui produisent l'eczéma, ne viendraient-elles pas d'une auto-intoxication par les toxines sécrétées par l'un des nombreux microbes qui peuplent le tube digestif ? Contrairement à l'opinion d'Abadie, Panas croit qu'il faut tenir compte de la réceptivité ; il faut donc s'attacher à étudier les dispositions anatomiques qui confèrent plus ou moins l'immunité.

F. DE LAPERSONNE.

De la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par VALUDE (*Bull. acad. méd.*, 1er *septembre et Bulletin méd.*, 5 *août* 1891).

Valude propose, comme moyen préservatif de l'ophtalmie chez les nouveau-nés, la poudre d'iodoforme appliquée directement sur les yeux : après lavage des paupières, une seule insufflation suffit. Sur une première série de 264 enfants ainsi traités, 13 seulement eurent l'ophtalmie purulente, ce qui donne 5 °/₀ d'insuccès. Sur une deuxième série de 248 enfants, l'application de l'iodoforme n'a fourni qu'une proportion de 2 °/₀. Cette méthode de traitement, supérieure à la méthode de Credé, serait inférieure à celle de Pinard, qui, sur un total de 852 enfants, n'a eu que 14 cas d'ophtalmie, c'est-à-dire 1,64 °/₀ avec l'emploi du jus de citron.

OZENNE.

Une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse, par ABADIE, rapport par PANAS (*Bull. acad. méd.*, 1er *septembre* 1891).

Abadie conseille de procéder comme il suit, pour traiter la conjonctivite

granuleuse : Renversement complet de la paupière supérieure à l'aide de pinces droites, de façon à mettre à découvert tout le cul-de-sac conjonctival correspondant. Larges scarifications de la muqueuse, à l'aide d'un petit bistouri bien tranchant.

Brossage de la surface scarifiée au moyen d'une brosse à dents assez dure et trempée au préalable dans une solution de sublimé à 1 pour 500 d'eau. Le brossage est répété séance tenante un certain nombre de fois. Les jours qui suivent, lavages de la conjonctive avec la même solution. — Succès constant par cette méthode de traitement. OZENNE.

Traitement des granulations par les injections sous-conjonctivales de sublimé, par DRANSART, rapport par PANAS (*Bull. acad. méd.*, 22 *décembre* 1891).

Pour agir rapidement sur les granulations de la conjonctive, Dransart conseille de pratiquer dans les culs-de-sac conjonctivaux une injection sous-muqueuse d'une seringue de Pravaz avec la solution aqueuse de sublimé à 1 pour 1,000. A la suite de cette injection, il se produit un chemosis et un gonflement des paupières assez considérables qui cèdent ordinairement au bout de peu de temps. A cette injection, renouvelée deux fois par semaine on ajoute le brossage de la conjonctive. Par ce traitement la guérison est obtenue entre quatre et cinq semaines.

OZENNE.

The surgical treatment of granulated lids (Ophtalmie granuleuse traitée par le grattage), par WEEKS (*N. York med. journ.*, *p.* 451, 24 *octobre* 1891).

L'auteur, à l'exemple de Darier, a traité la conjonctivite granuleuse par le grattage chez 22 sujets (39 yeux). Dix fois le *grattage* a été combiné avec la canthotomie, trois fois avec la canthoplastie, une fois avec l'opération de Streatfield-Snellen pour l'ectropion; douze fois on a fait l'expression avec la pince de Noyes. Tous les cas étaient graves; dans dix cas il y avait pannus vasculaire et kératite.

Sur les 22 opérés, deux ont été perdus de vue, sept (12 yeux) considérablement améliorés, treize (25 yeux) guéris. Les résultats de la méthode sont donc favorables.

Les scarifications de la conjonctive doivent être faites longitudinalement, parallèles au bord de la paupière; les incisions transversales donneraient des cicatrices vicieuses.

Quant on fait usage de la brosse, il faut la tenir obliquement afin que les poils pénètrent profondément et que la solution de sublimé atteigne la base des granulations. La brosse ne doit pas être dure.

Le procédé est applicable à la seconde période du trachome, mais il vaut mieux l'employer déjà à la première période. L. GALLIARD.

Gomme de la conjonctive, par MATIGNON et VIGNERON (*Journ. de méd., Bordeaux*, 26 *juillet* 1891).

Homme de 46 ans, ayant contracté, en 1884, un chancre induré suivi d'accidents secondaires divers, qui cédèrent au traitement spécifique. Cette année, réapparition de plaques muqueuses, de céphalées accompagnées d'une iritis du côté droit. L'œil présentait, au niveau du diamètre horizontal et voisin du bord droit de la cornée une tumeur, de la grosseur d'une petite

lentille, de couleur blanc grisâtre. C'était une épisclérite gommeuse, qui a promptement diminué sous l'influence du traitement. OZENNE.

Case of wound of the sclerotic... (Plaie de la sclérotique avec pénétration de cils dans la chambre antérieure), par Argyll ROBERTSON (*Brit. med. j.*, *p.* 473, 29 *août* 1891).

Un homme de 30 ans, dans un faux mouvement, se fait une coupure à l'œil avec un couteau qui lui échappe de la main. On constate une plaie de la sclérotique de 9 millimètres de longueur, un peu en dedans de la cornée, dirigée presque verticalement. Entre les lèvres de la plaie se voit un cil que l'on extrait avec une pince. Dans la chambre antérieure se voient deux corps étrangers, évidemment des cils, immobilisés dans une direction verticale. Troubles visuels intenses, le malade n'a presque pas la perception de la lumière. Aucune plaie de la cornée ni de l'iris, pas de sang dans la chambre antérieure, pas d'opacités cristalliniennes.

Lotion au sublimé, instillations d'atropine. Pendant trois jours, amélioration et cessation des douleurs, puis réapparition des souffrances et apparition d'un cercle périkératique d'inflammation. On s'aperçoit que les cils se sont déplacés et qu'ils s'entourent d'exsudats opalescents. Section de la cornée et extraction du corps étranger : à partir de ce moment, amélioration rapide. H. R.

Injections sous-conjonctivales de sublimé dans un cas d'irido-choroïdite syphilitique rebelle, par LAGRANGE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 *décembre* 1891).

Homme de 48 ans, syphilitique depuis 15 mois; diminution très accentuée de l'acuité visuelle depuis un an, malgré l'application d'un traitement rationnel. Les troubles oculaires sont dus à une irido-choroidite rebelle, contre laquelle Lagrange décide de pratiquer des injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/1000. Une première injection de 8 gouttes est d'abord faite autour de chaque œil; l'acuité visuelle étant devenue aussitôt meilleure, on en fait successivement deux injections de 12 à 15 gouttes, et l'amélioration continue.

OZENNE.

Fluxion de la glande lacrymale, par TROUSSEAU (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 1891).

Chez une malade de 42 ans, un peu nerveuse, il se produisait, à des époques variables, un gonflement de la paupière supérieure, au niveau de la glande lacrymale, qui augmentait rapidement de volume et devenait dure, jusqu'à ce qu'un jet de liquide chaud vint inonder la conjonctive, une sensation très nette de soulagement et la disparition du gonflement survenait aussitôt.

Cette fluxion de la glande lacrymale est un exemple bien net de l'influence du système nerveux sur la sécrétion glandulaire et sur l'excrétion. Il se passe un phénomène analogue à celui qu'on observe quand, après excitation du bout central du nerf lingual et mise en jeu de l'action centrifuge de la corde du tympan, on voit s'exagérer la sécrétion salivaire. C'est ici le nerf lacrymal qui joue le rôle de la corde du tympan en même temps que des filets nerveux contractent les parois musculaires des canaux excréteurs de la glande. F. DE LAPERSONNE.

Papillome of the cornea, par AYRES (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 442, 19 *septembre* 1891).

Une femme de 50 ans portait une tumeur volumineuse ayant envahi toute

la portion antérieure du globe de l'œil : les bords de cette tumeur, au niveau de la sclérotique étaient saillants de un centimètre : le diamètre horizontal était de 3 cent 1/2, et le diamètre vertical de 2 centimètres.

Cette tumeur avait débuté 6 ans auparavant : il y a deux ans, elle fut enlevée, mais récidiva rapidement; durant six mois on en enleva des fragment chaque semaine; d'autres opérations partielles furent pratiquées, mais la tumeur laissée sans traitement les 20 derniers mois, acquit les dimensions déjà citées.

L'énucléation fut pratiquée sans difficulté, et depuis deux ans, il n'y a pas de récidive.

L'examen microscopique pratiqué par French, a montré un papillome, formé de papilles fort délicates, développées sur presque toute la surface antérieure de la cornée. — French pense que la tumeur a débuté sur la conjonctive, et que sa présence sur la cornée est seulement une extension du néoplasme.

MAUBRAC.

De la péritomie dans la kératite et le pannus phlycténulaires, par VERREY (*Revue médicale Suisse romande, XI*, 665, *novembre* 1891).

Dans 19 cas de kératite phlycténulaire ou de ses complications et dans un cas de scléro-irido-kératis double, Verrey a pratiqué avec le plus grand succès, la péritomie.

Les avantages de la péritomie dans le traitement de la kératite phlycténulaire à rechutes et de ses complications se résument pour Verrey dans ces trois points principaux : 1° quasi certitude d'un résultat définitif; 2° rapidité de la guérison; 3° résolution plus complète des exsudats et formation d'opacités cornéennes moins fortes que par les autres modes de traitement. (*R. S. M.*, V., 282 et XV, 645.) J. B.

Hornhautfärbung (Tatouage de la cornée), par HIRSCHBERG (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, *p.* 921, 1891).

Quand on pratique le tatouage de la cornée pour les cicatrices de cette membrane, on a l'habitude de créer en même temps une pupille artificielle. Or l'auteur combat, dans ce cas, l'iridectomie.

Il cite l'exemple d'un homme de 26 ans, chez qui une taie fort étendue, couvrant une grande partie de la pupille, a été traitée avec succès dans chaque œil par le tatouage simple.

Le tatouage, rigoureusement aseptique, n'offre aucun danger. Les piqûres doivent être faites obliquement, surtout quand la cornée est mince.

Quand la cornée est le siège d'une cicatrice blanche totale, il convient de créer un disque noir central et une zone périphérique ponctuée représentant l'iris. L. GALLIARD.

On some points in the development of cataract, par BRAILEY (*Trans. of the Ophthalm. Soc. of the un. Kingdom, XI, p.* 66).

Pour étudier l'étiologie et la pathogénie de la cataracte, B. a repris tous les cas qu'il a examinés depuis dix ans, en laissant de côté les cataractes congénitales ou celles qui tiennent à une cause bien définie, générale ou locale, diabète, glaucome, iridochoroïdite, etc. En examinant de nouveau les malades, chez lesquels il avait pu constater quelques opacités, après plusieurs années écoulées, il a remarqué que, dans 58 %

des cas, il n'y avait aucun progrès du mal et que 4 fois même la vue s'était sensiblement améliorée sous l'influence de soins spéciaux. Dans 23 °/₀ l'affection avait progressé et 4 fois °/₀ seulement l'opération était devenue nécessaire. Les cas stationnaires se rapportaient tous à des opacités corticales, les cas ayant évolué à des cataractes nucléaires. Dans les cataractes corticales, on note fréquemment des signes d'inflammation, conjonctivites, photophobie et larmoiement, névrite optique légère, douleurs circumorbitaires. La conclusion est que si la cataracte sénile nucléaire est due à une dégénérescence vraie, la cataracte corticale est de toute autre nature, c'est une maladie dont l'évolution peut être modifiée par des mesures hygiéniques et probablement par différentes médications. F. DE LAPERSONNE.

Zur Wundbehandlung der Cataractextrationen (Traitement de la plaie dans l'extraction de la cataracte), par A. GRÆFE (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, *p.* 1193, 1891).

L'auteur lave la conjonctive, immédiatement avant l'extraction de la cataracte, à l'aide d'une solution de sublimé à 1 pour 5,000. Il évite de cette manière la suppuration. Mais il a renoncé à faire usage de la solution pendant l'opération elle-même, comme il le faisait jadis, car il a remarqué souvent des opacités cornéennes attribuables à cette pratique.

Le lavage étant fait une seule fois au sublimé, l'auteur emploie la solution d'acide borique à 4 0/0 pendant l'opération. Celle-ci étant terminée, il lave une seconde fois au sublimé. Sur 400 extractions de cataracte il n'y a pas eu dans un seul cas d'opacité cornéenne et la suppuration a été constamment évitée. L. GALLIARD.

Die Erkrankungen des Auges bei Diabetes mellitus (Maladies oculaires dans le diabète sucré), par SEGGEL (*Münch. med. Woch.*, n° 43, *p.* 754, 1891).

Parmi les nombreuses complications oculaires du diabète, on doit attirer l'attention sur deux formes de rétinite. L'une, la rétinite centrale ponctuée, est tout à fait caractéristique. Elle ne peut être confondue qu'avec la rétinite ponctuée arthritique de Mooren, qui coïncide avec des symptômes de dyscrasie goutteuse. La rétinite hémorragique est moins caractéristique, car elle coïncide avec la sclérose des vaisseaux. Celle-ci peut d'ailleurs, compliquer la première à une période plus avancée. Elles se distinguent de la rétinite albuminurique par l'intégrité de la pupille et l'absence de troubles étendus de la rétine et de dilatation des veines. Il s'agit ici d'une lésion grave ; cependant il serait possible de voir survenir la guérison sous l'influence du traitement antidiabétique.

C. LUZET.

I — Pilocarpine in retinal detachment, par POMEROY (*N. York med. journ.*, *p.* 333, 21 *mars* 1891).

II. — Detachment of the retina treated by operation, par D. WEBSTER (*Ibid.*, 21 *mars* 1891).

III. — Treatment of retinal detachment, par EMERSON (*Ibid.*, *p.* 330, 21 *mars* 1891).

I. — Sur cinq sujets atteints de décollement de la rétine et traités par

le repos dans le décubitus dorsal et les injections de pilocarpine, quatre ont été améliorés.

Les rechutes sont fréquentes dans le cours du traitement, spécialement chez les myopes.

Quand le décollement résulte d'un traumatisme, le pronostic est moins grave que dans les autres cas. L'auteur a vu, chez un sujet dont le décollement avait été produit par un coup de poing sur l'œil, la rétine reprendre sa position en deux jours, sous l'influence du bandage compressif; il ne conservait que des flocons du corps vitré.

II. — Webster a opéré neuf sujets atteints de décollement de la rétine; deux ont eu les deux yeux opérés, de sorte que cela donne un total d'onze interventions. Sur les onze yeux, un paraît avoir acquis la guérison définitive; quatre ont été améliorés à tel point que le résultat doit être considéré comme excellent; tous les autres ont été améliorés d'une façon notable.

L'opération doit être faite avec toutes les précautions antiseptiques; elle s'applique à tous les cas récents, spécialement quand on a essayé sans succès la pilocarpine.

Dans aucun cas, l'auteur n'a eu de réaction inflammatoire sérieuse.

Presque toujours, la rétine a repris sa position normale deux ou trois jours après l'opération. L'auteur a noté également une irritation transitoire du corps vitré, avec des opacités qui disparaissaient au bout d'une semaine environ.

III. — Emerson rapporte 21 cas de décollement de la rétine, dont le plus récent datait de 2 jours, le plus ancien de 2 ans. Huit fois la guérison s'est produite, la rétine étant recollée, mais sans restitution intégrale de la vision; 6 des sujets guéris avaient de 20 à 28 ans, les autres étaient âgés de 42 et 55 ans. Dans un de ces cas, on n'a employé que le traitement mécanique; dans un autre, le décubitus dorsal et la pilocarpine sans pansement compressif; dans les 6 derniers, décubitus, compression, pilocarpine seule ou associée au salicylate de soude.

Un malade dont les deux rétines étaient décollées a guéri complètement, un autre a été amélioré, un troisième n'a pas bénéficié du traitement.

Neuf malades ont été améliorés. Trois sont restés stationnaires. Un seul a vu son état s'aggraver. La pilocarpine a été bien supportée en général. Dans un cas il a fallu y renoncer à cause des vomissements et de la douleur et recourir au salicylate de soude. L. GALLIARD.

Vorstellung eines Falles von Melanosarcom des Corpus ciliare, par G. GUTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 5, p. 129, 2 *février* 1891).

Femme de 30 ans, devenue myope depuis Noël 1890, et ayant un voile devant son œil droit depuis trois mois. Son père avait un mélanosarcome de la choroïde.

Elle-même ne présente, en dehors des yeux, rien autre d'anormal que quatre taches pigmentaires au niveau du dos.

Sur l'œil droit, derrière l'iris, à sa portion interne et inférieure, on distingue une tumeur gris brun, convexe en dehors et en haut, insérée largement sur le corps ciliaire. Au sommet de la tumeur, se voit un repli grisâtre formé par la rétine décollée. En dehors et en bas, la rétine offre un trouble grisâtre, des vaisseaux un peu flexueux et détachés, ainsi que quelques taches

de pigment. La papille est libre, sauf au niveau de son bord interne recouvert par la tumeur. Le corps vitré présente un trouble pulvérulent très fin. Extérieurement, l'œil semble normal ; avec un verre de — 1,5 dioptrie, la malade lit à distance des caractères fins (14/20); de près, elle distingue les caractères les plus petits.

Rétrécissement du champ visuel. Tension oculaire normale.

L'œil gauche offre des taches de la cornée, de l'hypermétropie et de l'amblyopie ; avec un verre de + 3 dioptries, il ne récupère que 1/18e d'acuité visuelle (*R. S. M.*, XXXI, 251). J. B.

A case of intracranial neoplasm with localizing eye symptoms ; position of tumor verified at autopsy, par Ch. OLIVER (*Arch. of Ophthalm., XX, n° 1, p.* 40).

Un homme de 39 ans, atteint depuis deux ans de maux de tête, de vertiges, d'amblyopies passagères, présenta de l'engourdissement dans le côté droit et des attaques passagères de spasmes localisés au membre supérieur droit. L'examen ophtalmoscopique faisait constater un peu de stase papillaire avec petite hémorragie à droite, V = 1/8 des deux côtés. Il existait un petit scotome central pour le rouge et le vert, et surtout une hémianopsie latérale droite, plus prononcée sur le champ visuel du côté gauche. Les pupilles présentaient nettement le signe de la réaction hémianopsique de Wernicke. Le diagnostic de tumeur de l'hémisphère gauche occupant la partie externe de la couche optique et du corps strié jusque près de son extrémité antérieure, avec probablement aplatissement de la bandelette et du chiasma du nerf optique, fut confirmé à l'autopsie. Il s'agissait d'un glio-sarcome. F. DE LAPERSONNE.

Sarcome du nerf optique. Extirpation totale du nerf sans ablation du globe oculaire, par LAGRANGE (*Journ. méd., Bordeaux,* 8 *novembre* 1891, *et* 14 *février* 1892).

Enfant de 13 ans, deux ou trois ans auparavant violent traumatisme sur la région temporale gauche. Pas de troubles visuels à la suite ; mais depuis trois mois, suppression de la vision avec exophtalmie très accusée ; pas de douleurs, pas de troubles vasculaires, sauf des hémorragies rétiniennes profuses ; conservation du jeu de tous les muscles oculaires. Par une incision curviligne au niveau de l'angle externe de l'œil on met à nu la glande lacrymale, qui est extirpée et le muscle droit externe, qui est sectionné; puis, avec l'indicateur introduit dans l'orbite, on sent une tumeur occupant la place du nerf optique, commençant immédiatement en arrière du globe oculaire et se dirigeant, en diminuant de volume, vers le trou optique ; cette tumeur a le volume et la forme arrondie d'une très grosse olive. Après l'avoir libérée et enserrée dans une anse de fil de soie, on sectionne en avant le nerf optique, puis tirant sur l'anse de fil qui fait basculer l'œil, on attire au dehors la masse morbide, qui est détachée au ras de l'œil, que l'on retourne de nouveau et que l'on remet à sa place ordinaire.

A la suite de cette opération, le globe a diminué de volume, la cornée a presque perdu toute sa transparence, mais l'œil vit comme conséquence forcée, on note la chute de la paupière supérieure et un strabisme interne.

A l'examen histologique, myxo-sarcome. OZENNE.

Sarcoma of the uveal tract..., par J. B. LAWFORD et E. TREACHER COLLINS (*Royal London Opht. hosp. Reports, XIII,* 2).

Les auteurs ont réuni 103 cas de sarcome du tractus uvéal, 59 chez

l'homme, 44 chez la femme. L'âge moyen de ces cas est de 48 ans; le plus jeune des malades, 15 ans; le plus âgé, 84 ans. L'œil droit était pris 41 fois, l'œil gauche, 60; 2 cas non indiqués; la tension oculaire était normale dans 22, augmentée dans 57, diminuée dans 7; 17 sans indications.

L'énucléation simple a été pratiquée dans 85 cas : avec ablation du tissu orbitaire, 5 fois; avec application ultérieure de chlorure de zinc, 7 fois; avec ablation des récidives, 4 fois; avec résection du nerf optique, 1 fois.

Sur ce total, on a pu connaître les résultats ultimes dans 79 cas; 39 malades étaient encore vivants, 40 étaient morts, 2 par hémorragie et choc, 10 dans la 1re année, 9 dans la 2e, les autres dans les 3e, 4e, jusqu'à la 11e année. Dans 7 cas sur ces 79, il y avait eu récidive. A. CARTAZ.

I. — Arrachement du nerf nasal dans un cas de glaucome aigu, par LAGRANGE (*Journ. méd., Bordeaux, 31 janvier* 1891).

II. — Arrachement du nasal externe dans un cas de douleurs ciliaires très aiguës avec enclavement de l'iris, par LAGRANGE (*Journ. méd., Bordeaux, 7 février* 1892).

I. — Homme de 60 ans. Perte de la vue à la suite d'un traumastisme, il y a quatre ans, et depuis cette époque douleurs intermittentes.

Dans ces derniers temps, accidents glaucomateux, pour lesquels on pratique l'arrachement du nerf nasal. Guérison immédiate et persistante, quatre semaine après l'opération.

II. — Ce fait concerne une femme qui, quinze jours après le début d'une cataracte traumatique, fut prise de douleurs ciliaires très vives qu'aucune médication ne parvint à calmer. L'examen de l'œil révélait l'opacification du cristallin et un pincement de l'iris dans les lèvres de la plaie. Vingt jours après le début des accidents douloureux, on pratique l'arrachement du nasal externe, qui est immédiatement suivi de la disparition des douleurs; six semaines après elles n'avaient pas reparu. OZENNE.

Anévrisme arterio-veineux de l'orbite, par R. WILLIAMS (*Ophth. Soc. of the Un. Kingd. 7 mai* 1891).

A la suite d'un coup de pied de cheval, reçu sur la tempe gauche, par un homme de 44 ans, il s'était formé une exophtalmie pulsatile qui augmenta rapidement. Les battements disparurent après la ligature de la carotide primitive pour réapparaître plus tard à un degré moindre. Puis à la suite d'un léger accident brusquement les douleurs et les pulsations disparurent.

A propos de cette communication divers membres ne se montrent pas partisans de l'intervention. Wherrey cite un cas dans lequel l'opération fut suivie d'un état comateux très grave : le malade resta hémiplégique et presque complètement idiot. Frost, Mules, Silcock pensent que cet état peut guérir spontanément ou du moins rester stationnaire.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber einen eigenthümlichen Spasmus am Auge (Singulier spasme oculaire), par GOLDSCHEIDER (*Berlin. klin. Wochens., n° 23, p.* 572, 8 *juin* 1891).

Femme hystérique offrant dans certain mouvement de l'œil un singulier spasme dont elle n'a pas conscience. Le regard en haut, en bas, à droite ou à gauche ne présente rien d'anormal; mais dès que la malade regarde à

droite et en bas, son globe oculaire gauche est attiré convulsivement en bas et en dedans, tandis que la paupière supérieure gauche se relève. Le phénomène est surtout marqué dans la vision binoculaire. Il n'y a pourtant pas trace de paralysie du muscle congénère, l'oblique supérieur droit. Quelle que soit la direction du regard, il y a en outre diplopie croisée. Lorsque la femme regarde directement en avant, l'image de l'œil gauche est plus basse et inclinée vers la droite ; quand elle regarde en haut, c'est juste l'inverse. Mais il arrive parfois que la malade indique comme inclinée l'image de l'œil sain et comme droite celle de l'œil malade. Enfin, il y a parfois aussi de la diplopie monoculaire. Aucun astigmatisme. Acuité visuelle entière des deux côtés. Lorsque la femme regarde droit devant elle, le globe gauche paraît sur un plan légèrement inférieur, mais il n'y a pas d'autre signe de parésie du droit inférieur ou de l'oblique supérieur.

On est conduit en définitive à diagnostiquer un spasme essentiel du droit inférieur et de la paupière supérieure gauches. La malade dort souvent l'œil gauche ouvert, sans qu'il y ait de vestige de paralysie faciale. Le spasme palpébral ne se produit que quand l'objet fixé est tellement à droite et en bas que l'œil gauche ne peut plus le voir.

L'hypnotisme n'a aucune influence sur ce spasme.

Dans la discussion, Meyer fait remarquer qu'il semble y avoir un léger spasme de tout le côté gauche de la face. J. B.

Ophtalmie sympathique, par BOÉ (*Bull. et mém. de la Soc. fr. d'ophtalm*, *XI*, *p.* 97).

Au cours d'expériences sur la panophtalmie, l'auteur n'est jamais arrivé à produire l'ophtalmie migratrice de Deutschmann. Pour produire les altérations du nerf optique, il faut éviter la suppuration de l'œil. Dans les expériences de Deutschmann tous les animaux sont morts infectés en quelques jours : il ne faut donc pas s'étonner qu'on retrouve des coques dans les gaines du nerf optique opposé. Chez l'homme, l'ophtalmie sympathique ne retentit nullement sur l'état général, et il lui faut environ six semaines pour apparaître sur l'œil sain. D'ailleurs, pourquoi choisir le corps vitré comme point de départ de l'expérimentation, alors que la clinique enseigne que l'ophtalmie sympathique survient, dans l'immense majorité des cas, à la suite d'une plaie de la région ciliaire avec ou sans corps étranger ? Enfin, comme dernière critique, dans le cas de Becker, où on a pu avoir une préparation anatomique complète, le chiasma et la partie intracranienne des deux nerfs optiques ne présentaient aucune trace d'altération ; aussi toutes les opérations qui s'appuient sur ces expériences sont passibles de critique. L'examen bactériologique, dans la résection du nerf optique, a été négatif. Ce qu'il y a de certain c'est qu'à la suite d'une irritation sur l'œil sympathisant, il y a une amélioration plus ou moins transitoire de l'œil opposé : Vardrop l'avait remarqué depuis longtemps.

Pour prévenir l'ophtalmie sympathique, il faut tenir grand compte du degré plus ou moins grand de certitude de blessure ciliaire ; s'il est certain que le corps ciliaire est atteint, l'énucléation sera le plus sûr moyen : en temporisant, l'autre œil court toujours des dangers. F. DE LAPERSONNE.

Anatomie pathologique de la buphtalmie, par KALT (*Soc. franç. d'ophtalmologie et Arch. d'ophtalm.*, *XI*, *n°* 4).

La buphtalmie est la conséquence d'une iridochoroïdite chronique

déterminant l'oblitération progressive des vaisseaux du tractus uvéal. Il se produit une hypersécrétion dont l'origine ne doit pas être cherchée dans les cellules garnissant les procès ciliaires, puisqu'elles sont détruites en grande partie ; les voies d'excrétion sont agrandies : il ne saurait donc être question de glaucome par rétention, puisqu'il n'y a ni adossement de l'iris au canal de Schlemm, ni périphlébite vorticineuse. Il faut donc admettre que l'oblitération de la plus grande partie des capillaires choroïdiens élève la tension dans les artères ciliaires, et il en résulte une transsudation de liquide.

L'ésérine fait baisser la tension et elle contracte la pupille. Comme l'appareil musculaire est peu endommagé, c'est dans ces contractions qu'il faut chercher l'explication de l'action des myotiques.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Sur un cas de microphtalmie double avec kystes orbitaires, par F. de LAPERSONNE (*Arch. d'ophtalm.*, *XI*, n° 3, *p.* 207).

II. — De la microphtalmie congénitale, par BICHET (*Thèse de Lille*, 9 *juin* 1891).

I. — Chez un enfant mort athrepsique à 6 semaines, on constatait derrière des paupières bien conformées, un kyste occupant la paroi inférieure de l'orbite; le globe paraissait faire complètement défaut; un examen histologique soigneux a permis de retrouver les divers éléments de l'œil, bouleversés dans leurs rapports et très modifiés dans leur structure. La paroi du kyste était formée par la rétine, partout continue à elle-même, avec ses couches principales bien conservées; mais, fait unique jusqu'ici, la rétine était complètement retournée sur elle-même et regardait par sa face interne la cavité du kyste.

Il est difficile d'admettre, pour expliquer cette singulière disposition, que le feuillet distal ne s'est pas invaginé et que ses éléments ont continué à s'accroître et à se différencier : il est plus naturel de penser qu'une des nombreuses circonvolutions formées par la rétine a été repoussée vers la fente oculaire et s'est retournée en doigt de gant pour former la paroi kystique.

II. — Il existe des dissemblances très grandes entre les différents cas publiés : de là une grande obscurité dans leur interprétation. Pour arriver à s'entendre sur la pathogénie, il faut admettre plusieurs degrés :

1° Cryptophtalmie vraie avec rudiments de globe (Manz, Van Duyse):

2° Ankyloblépharon congénital avec microphtalmie (Chiari, Hocquart);

3° Développement normal des paupières, anophtalmie apparente avec ou sans kyste orbitaire (Talko, de Wecker, De Vicentiis, Haab, de Lapersonne, etc...);

4° Microphtalmie avec colobome irien, choroïdien et ectasie de la sclérotique;

5° Microphtalmie avec milieux et membranes de l'œil bien constitués, pouvant permettre un certain degré de vision.

F. L.

Mode de formation de la cyclopie, par DARESTE (*Annales d'oculistique*, *CVI*, *p.* 171).

La vésicule cérébrale antérieure présente au début un petit orifice antérieur permettant l'invagination d'une partie de l'ectoderme, qui formera, entre autres organes, les rétines. C'est l'oblitération prématurée de cette

fente qui produit la cyclopie. Suivant l'époque, il se fera une cupule optique arrondie, elliptique, ou deux cupules accolées mais toujours médianes. Toutes les autres malformations qui accompagnent la cyclopie dépendent de ce fait. L'ectoderme pourra ou non s'invaginer pour former le cristallin. Les branches maxillaires supérieures finiront par se réunir au-dessous de l'œil unique, mais le bourgeon fronto-nasal ne pourra descendre; un orifice nasal, surmonté d'une trompe plus ou moins développée, sera situé au-dessus de l'œil; enfin la cavité de la vésicule antérieure restera unique, il n'y aura pas de ventricules latéraux.

L'arrêt de développement peut être le fait initial, mais plus souvent il y a compression exercée par l'amnios. L'auteur a vu plusieurs fois l'extrémité céphalique de l'embryon, présentant la fossette oculaire de la cyclopie, venir butter contre le pli céphalique. Dans d'autres cas, chez des embryons cyclopes plus développés, l'amnios était plus ou moins appliqué contre le corps de l'embryon, qui présentait en même temps d'autres anomalies. F. DE LAPERSONNE.

Ueber Aqua chlorata als antiseptiches Mittel bei Augenoperationen, par SCHMIDT-RIMPLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, *p.* 355, 6 *avril* 1891).

A l'aide d'inoculations sur la cornée, Schmidt-Rimpler s'est rendu compte que l'eau chlorée avait des propriétés désinfectantes très supérieures à celles de la solution de sublimé au cinq-millième.

Un autre avantage de son emploi en chirurgie oculaire est qu'on évite ainsi la production des opacités de la cornée consécutives à des extractions de cataracte dans lesquelles on a employé simultanément la cocaïne et le sublimé. J. B.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Beitrag zur Kenntniss der Retropharyngealtumoren, par HIRSCHBERG (*Arch. f. klin. Chir., XLI*, 4).

1° Femme de 31 ans sans antécédents héréditaires. Céphalée depuis six mois ; depuis huit semaines, fourmillements dans la moitié gauche de la face; diplopie, vertiges, vomissements ; depuis cinq semaines, exorbitis gauche, tuméfaction temporale. A l'examen, on délimite une tumeur élastique, quasi fluctuante, d'un centimètre de saillie, qui s'étend du bord supérieur de l'orbite jusqu'à la queue du sourcil en haut, latéralement jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire ; et du bord inférieur de l'orbite jusqu'à l'os zygomatique. Chémosis ; acuité visuelle = 1/3 ; réflexes pupillaires normaux, pas de paralysie faciale. L'opération est décidée et faite quelques jours plus tard. La tumeur se laisse assez facilement isoler des parties profondes, mais elle présente deux prolongements, l'un qui pénètre dans l'antre d'Highmore, l'autre dans la fosse ptérygo-palatine où la grande aile du sphénoïde est complètement usée. Ces prolongements sont difficilement extirpés. Hémorragie qui nécessite le tamponnement du fond de la plaie où se trouve un lambeau sain

de la dure-mère frontale. Suture. Cicatrisation. Quatre semaines après, récidive annoncée par les douleurs et la diminution rapide de l'acuité visuelle. Enucléation du bulbe. La récidive est déjà très marquée ; l'os temporal envahi. Deux mois après, l'œil droit perd à son tour sa fonction. La tumeur s'étend dans l'espace naso-pharyngien, remplit la narine gauche, comprend le maxillaire inférieur. Hémorragies fréquentes. Mort quatre mois après la première intervention, moins d'un an après le début de l'affection.

A l'autopsie, on constate le volume et le poids (3,500 grammes) énormes de la tumeur qui s'étend de la protubérance frontale à la cavité buccale qu'elle occupe en partie, ainsi que les fosses nasales et l'espace naso-pharyngien ; la base du crâne est défoncée, les nerfs optiques aplatis et déformés ; la dure-mère est épaissie et injectée, et présente dans sa partie antérieure et gauche, une tumeur molle, de consistance inégale qui s'étend en dedans jusqu'à la ligne médiane, en avant jusqu'à l'apophyse crista-galli, en arrière jusqu'à la pyramide du rocher. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome péri-vasculaire (sarcome globo-cellulaire).

2° Jeune homme, 26 ans, sans antécédents héréditaires ; souffre depuis six ans d'hémorragies nasales abondantes, de difficulté de la respiration et de la parole. A l'examen, on constate une tumeur dure à surface lisse, remplissant tout l'espace naso-pharyngien et la narine gauche. On enlève deux fragments au galvano-cautère. Guérison absolue, persistant encore deux ans après.

L'examen microscopique démontre une ressemblance très grande de cette tumeur avec la précédente. Toutefois le développement vasculaire est ici moins important ; les cellules ne sont pas, comme dans le premier cas, groupées autour des vaisseaux ; elles ont trois prolongements au lieu d'être bipolaires ; nulle part on ne rencontre de cartilage ou d'incrustations calcaires, et les coupes pratiquées dans différents sens permettent d'affirmer l'uniformité de structure de la tumeur. MAURANGE.

Hyperplasie der lymphatischen Rachenringes (Hypertrophie de l'anneau lymphatique du pharynx), par DONALIES (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXXIII*, *p.* 47).

Cette étude d'ensemble renferme en particulier une observation intéressante au point de vue des dangers possibles des tumeurs adénoïdes.

Un enfant de deux ans offrant des végétations adénoïdes du pharynx et une hypertrophie extrême des amygdales fut pris, par suite de l'obstacle mécanique apporté ainsi à la fois à la respiration nasale et à la respiration buccale d'une dyspnée telle qu'on dut faire la trachéotomie. Une légère poussée congestive avait suffi pour créer au passage de l'air un obstacle absolu. En présence de cette poussée l'amygdalotomie était rendue difficile par la crainte de l'hémorragie et l'état déjà ne permettait pas le moindre délai. La mort survint le surlendemain de l'opération, à la suite d'accidents d'œdème pulmonaire. Mais à côté des lésions récentes on trouva des lésions anciennes d'atélectasie dues évidemment à l'insuffisance respiratoire causée par les végétations adénoïdes. L'anneau adénoïde du pharynx était d'ailleurs hypertrophié dans sa totalité. A.-F. PLICQUE.

Zur Casuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhoehlen-und Rachenschleimhaut (Du pemphigus de la muqueuse bucco-pharyngo-laryngée), par B. MANDELSTAMM (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 49, *p.* 1164, 30 *novembre* 1891).

Le pemphigus de la muqueuse buccopharyngée peut précéder de plus ou moins longtemps (4 mois dans un cas) le pemphigus de la peau

et peut persister durant des semaines et des mois, sans donner lieu à la formation de bulles.

Il se présente alors sous la forme de plaques, de configuration irrégulière, de couleur blanche ou d'un blanc grisâtre, de dimensions variant entre une lentille et un pfennig ou même davantage. Ces plaques, qui ressemblent beaucoup aux fausses membranes diphtéritiques, tantôt disparaissent rapidement et sans laisser de traces, tantôt subsistent sans modification et confluent; alors, après un temps plus ou moins long, elles commencent à s'exfolier par places en laissant voir par transparence des points ou des ilots où la muqueuse est rouge, vernissée, parfois sèche ou au contraire saignante.

L'affection est complètement apyrétique et elle ne réagit sur l'état général que par la dysphagie qu'elle occasionne. Elle s'accompagne d'une abondante salivation et d'une fétidité repoussante de l'haleine et est rebelle à tous les traitements. J. B.

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par NATIER (*Ann. policlin. Paris*, 7 *et* 8, 1891).

Étude d'ensemble sur les polypes muqueux du nez envisagés spécialement chez les enfants. Les tumeurs ne présentent rien de particulier à cet âge, si ce n'est leur rareté relative. L'auteur n'a pu rassembler que 31 cas dont plusieurs inédits : sur ce nombre, 2 seulement ont été observés chez les nouveau-nés. Le diagnostic, le traitement ne diffèrent pas de l'enfant à l'adulte. A. C.

The radical treatment of nasal polypi, par CASSELBERRY (*N. York med. journ.*, *p.* 533, 14 *novembre* 1891).

L'auteur admet, avec Zuckerkandl, que les deux tiers des myxomes des fosses nasales proviennent du méat moyen et plus spécialement des bords libres de l'hiatus semilunaire. A côté des polypes pédiculés, il décrit les myxomes sessiles qu'il considère comme le produit de la dégénérescence myxomateuse des cornets.

Dans les cas où l'on ne peut saisir le pédicule des polypes, il convient d'enlever la partie antéro-inférieure du cornet moyen ; cette opération permet d'atteindre le nid des myxomes.

L'auteur cite plusieurs faits dans lesquels les tentatives thérapeutiques les plus variées ont échoué jusqu'au jour où l'on a eu recours à cette ablation partielle du cornet moyen. L. GALLIARD.

Untersuchung über Wachsthumsstœrung... (Sur le trouble de croissance et la déformation du maxillaire supérieur résultant d'empêchement de la respiration nasale), par Otto KŒRNER (*Leipzig* 1891 *et Corresp.-Blatt f. schweiz. Ærzte*, *n°* 24, *p.* 775, 1891).

Kœrner regarde la grande hauteur de la voûte palatine, si fréquente en cas de végétations adénoïdes, comme la conséquence de la respiration devenue forcément exclusivement buccale. Les éminences alvéolaires encore molles, du maxillaire supérieur de l'enfant, se rapprochent graduellement les unes des autres, en refoulant en haut la voûte palatine. J. B.

Ein Fall von der Nase aus geheiltem Facialiskrampf (Tic convulsif facial guéri par le nez), par PELTESHON (*Deutsche med. Woch.*, nº 53, *p.* 1433, 1891).

Garçon de 20 ans, ayant eu à l'âge de 14 ans des spasmes de la paupière inférieure gauche avec récidives fréquentes. Au mois d'avril 1890, secousses convulsives de la moitié gauche de la face, qui troublent le malade même la nuit et le réveillent. Il y a aussi de l'oblitération nasale et un écoulement brunâtre ; on constate une tuméfaction énorme de l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche. Quand on touche ce point avec une sonde, on ne détermine pas de convulsions, mais la muqueuse nasale est hyperesthésiée sur toute son étendue.

L'extirpation de la tumeur à l'aide du galvanocautère guérit le tic convulsif. Au bout de dix mois, les spasmes n'ont pas reparu, et cependant on trouve, en arrière du siège de la première tumeur, des hyperplasies du même ordre. L. GALLIARD.

Zur Ætiologie der Rhinitis fibrinosa, par LIEVEN (*Münch. med. Woch.*, nºs 48, *et* 49, *p.* 830 *et* 846, 1891).

La rhinite fibrineuse primitive contient dans ses fausses membranes un micrococque presque à l'état de pureté, qui se cultive dans presque tous les milieux usuels, se colore par la méthode de Gram, pousse en couche brun-jaunâtre sur le sérum et surtout sur la pomme de terre. Inoffensif pour les animaux. Il peut reproduire la maladie chez l'homme, pourvu qu'on l'inocule sur la muqueuse nasale préalablement lésée.

C. LUZET.

Pyoctanin in diseases of the air-passages, par LINCOLN (*N. York med. journ.* *p.* 488, 31 *octobre* 1891).

L'auteur a employé avec succès la pyoctanine dans plusieurs cas de rhinite suppurative. Chez un homme de 35 ans, soigné d'abord pour un abcès du sinus frontal gauche avec nécrose consécutive, et conservant depuis des mois un écoulement nasal purulent, l'injection d'une solution de pyoctanine à 10 0/0 a amené la guérison en trois semaines. L'ethmoïdite suppurative a bénéficié plusieurs fois du même traitement. Les ulcérations et les érosions de la muqueuse nasale ont guéri rapidement.

La pyoctanine guérit les ulcérations aphteuses de la bouche, les folliculites aiguës, les folliculites chroniques des amygdales et du voile du palais.

Dans deux cas de diphtérie, le succès a été complet. L'un de ces cas était grave : la maladie avait débuté dans la narine gauche pour envahir ensuite l'autre narine et la gorge.

L'auteur se loue des effets du médicament dans l'ozène syphilitique et non syphilitique. L. GALLIARD.

Das Aristol bei Ohren-und Nasenkrankheiten, par K. BUERKNER (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 26, *p.* 648, 29 *juin* 1891).

Buerkner a employé l'aristol sous forme de poudre, de pommade ou de glycéré, dans 86 cas d'affections auriculaires et 26 cas d'affections nasales. Pour les maladies de l'oreille, il n'a pas obtenu de résultats aussi satisfaisants que Rohrer (*R. S. M.*, XXXVII, 103). L'aristol a donné de

mauvais résultats dans 19 des 49 otites moyennes suppurées chroniques; 10 fois il a augmenté les sécrétions et 9 fois il a occasionné des douleurs dues, ainsi que l'a vu Szenes (*Therap. Monatshefte*, 1890, n° 10), à la stagnation du pus derrière la poudre insufflée. D'autre part, comme cet observateur, Buerkner a constaté 13 fois sur 22 les bons effets de l'aristol contre les granulations de la caisse tympanique. Dans 6 cas de furoncles, il s'est servi de pommade à l'aristol qui n'a paru agir ni en bien ni en mal. Enfin, les 3 otites externes suppurées ont cédé rapidement sous le traitement à l'aristol, mais c'étaient des formes légères dociles à toutes les médications.

Contre les affections des fosses nasales, Buerkner a noté de meilleurs effets. Il a pratiqué des insufflations d'aristol dans 15 ozènes; parfois la fétidité disparut dès la première application pour 24 heures au moins: quand on prolonge suffisamment la médication, on voit l'aspect de la muqueuse s'améliorer partout. 3 cas d'ulcérations syphilitiques des fosses nasales se sont rapidement cicatrisées; enfin, dans 8 cas de granulations, l'aristol a bien agi, excitant moins la sécrétion muqueuse que l'iodoforme et l'alumine acético-tartarisée. (*R. S. M.*, XXXVII, 101 et 588.)

J. B.

Ueber galvanokaustische Behändlung der Rachendiphtherie, par HAGEDORN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, *p.* 875, 1891).

A l'exemple de Blöbaum, l'auteur a traité par le galvanocautère 24 cas de diphtérie de la gorge, dont plusieurs se présentaient sous la forme gangréneuse. Les deux plus jeunes des malades avaient 3 ans; un avait 5 ans, six de 5 à 10 ans, 4 de 10 à 15 ans; le plus âgé avait 59 ans.

Sur ces 34 cas, 23 guérisons. La mort du 24e peut être attribuée à un défaut de technique, c'était chez un enfant de 3 ans; la batterie refusa le service et la cautérisation ne put être faite assez profondément; la diphtérie gagna le larynx, et le patient succomba, trachéotomisé le 12e jour.

Dans les 23 cas favorables, la guérison a été obtenue, en moyenne, en 4 à 5 jours. Les complications signalées sont seulement une angine phlegmoneuse, un herpès facial, 3 cas de paralysie de l'accommodation.

Le galvanocautère a l'avantage de ne pas léser de larges surfaces, comme les caustiques liquides, de déterminer peu de réaction inflammatoire; de ne causer aucune douleur si l'on a soin d'user de la cocaïne. Chez les très jeunes enfants, on emploiera le chloroforme.

La méthode n'est applicable qu'aux parties accessibles à la vue.

L. GALLIARD.

Aspergillusmykose der Kieferhöhle (Aspergillus du sinus maxillaire), par ZARNIKO (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, *p.* 1222, 1891).

Chez une femme de 50 ans, syphilitique et cardiaque, et dont les sécrétions nasales étaient abondantes et infectes, l'auteur a pratiqué d'abord l'ablation de polypes des cornets moyens; puis il a cathétérisé le sinus maxillaire du côté gauche. Le lavage de ce sinus a amené au dehors des débris brun foncé, friables, granuleux, contenant des filaments qu'on a pu rapporter après une étude minutieuse, à l'aspergillus fumigatus.

La malade a été guérie par des injections au borax. Elle a pris de l'iodure de potassium à l'intérieur.

L. GALLIARD.

Trachéocèle médiane, par ROMAN DE BARACZ (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLII*, *fasc.* 1).

Petite fille de 8 ans, se plaint depuis quelques semaines d'une tumeur du cou et de toux. Déjà, depuis l'âge de deux ans, on constatait une petite grosseur sur la ligne médiane au cou. Cette grosseur s'est depuis lentement développée, mais a tout à coup grandi depuis deux semaines. A l'examen on trouve, au-dessus de la fourchette, une tumeur de la grosseur d'une noix sans changement de coloration à la peau ; il y a de la fluctuation, elle n'est pas douloureuse, s'élève en suivant les mouvements du larynx. La palpation révèle son adhérence à la trachée ; la percussion, sa sonorité. La toux augmente son volume, la compression la réduit légèrement. Rien au laryngoscope : la voix est claire. Diagnostic : hernie de la trachée.

Opération quelques jours après : on enlève avec précaution la plus grande partie de la tumeur, qui a une forme kystique et contient de nombreuses vésicules aérifères. La paroi postérieure implantée sur les anneaux de la trachée ne peut en être séparée complètement, et a une petite ouverture par laquelle on peut introduire dans la trachée une barbe de baleine. Suture à la soie, drainage. Réunion par première intention. Sept semaines après, l'état est satisfaisant. Plus de toux, plus d'expectoration, plus de dysphagie.

Au microscope, on trouve une paroi interne constituée par une épithélium cylindrique ; une paroi externe formée de tissu cellulaire et de fibres musculaires lisses. MAURANGE.

The position of the epiglottis in swallowing, par Anderson STUART et A. M' CORMICK (*Journ. of Anat. and Phys.*, *janvier* 1892).

Observations faites chez un homme opéré de récidives de cancer de la lèvre, ablation de la branche gauche de la mâchoire, du pharynx, etc. On pouvait suivre à la vue les mouvements de l'épiglotte, le passage du bol alimentaire, pendant tout l'acte de la déglutition.

Stuart et M' Cormick ont constaté que l'épiglotte ne se rabattait jamais comme un opercule pour fermer le larynx, ce qu'avait déjà énoncé Walton (*Journ. of physiol.* I, 1878-79) qui ne croyait à l'effet protecteur de l'épiglotte que lorsque la glotte ne pouvait pas se fermer. A. C.

De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne, par V. CIVEL (*Thèse de Paris*, 1891).

Dans ce travail, l'auteur défend, en s'appuyant sur les nombreux travaux parus à l'étranger, la cause de la trachéotomie préventive dans l'ablation des tumeurs de la face, de la bouche, du pharynx. Il montre, par une série de faits empruntés à différents recueils les dangers de ces opérations, la facilité que donne au point de vue de l'anesthésie et de l'hémostase, l'ouverture préalable de la trachée et l'oblitération temporaire des voies aériennes supérieures. Sa thèse est un plaidoyer peut-être un peu passionné, mais s'appuyant sur des statistiques démonstratives. Il repousse l'emploi des canules de Trendelenburg, Hahn, pour donner la préférence à la méthode de Kocher, canule trachéale simple avec tamponnement antiseptique du pharynx. A. CARTAZ.

Ligaments congénitaux entre l'épiglotte et les cartilages de Santorini, par W. ANTON (*Prager medicin Wochenschr.*, 8 *juillet* 1891).

Cette disposition congénitale donne l'explication de certain cas cliniques assez embarrassants. Un enfant de 8 ans, nullement sourd, ne pouvait émettre que des sons inarticulés : la bouche et le pharynx étaient bien conformés, mais le laryngoscope montrait l'épiglotte rabattue en bas et en arrière, et les replis ary-épiglottiques anormalement développés. A un examen plus approfondi on reconnaît que de chaque côté de l'épiglotte partaient des bandes fibreuses qui allaient s'insérer aux cartilages de Santorini, sur un plan supérieur à celui du ligament ary-épiglottique. H. R.

Zur Behandlung der Pachydermia Laryngis, par J. SCHEINMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, p. 1097, 2 *novembre* 1891).

Dans le traitement de la pachydermie laryngée, Scheinmann a obtenu les meilleurs résultats en faisant pratiquer, deux ou trois fois par jour, durant dix minutes, des inhalations d'une solution d'acide acétique à 2 ou 3 0/0 et en injectant en outre quotidiennement, dans le larynx, une ou deux seringues de la même liqueur.

Chez l'un de ses malades, complètement guéri après neuf semaines de cette médication, existait un phénomène non encore signalé. Au niveau de la partie antérieure de la corde vocale gauche, se voyait une place grise, légèrement saillante, s'étendant du bord libre jusque près de l'orifice du ventricule de Morgagni; elle avait l'aspect d'un enduit fibrineux. Bien qu'elle n'occasionnât aucun trouble, Scheinmann l'enleva avec des pinces pour en faire l'examen microscopique qui montra qu'il s'agissait uniquement d'épithélium fortement corné (*R. S. M.*, XXXVI, 686 et 687 ; XXXVII, 657). J. B.

Zur Kenntniss der Schilddrüsentumoren im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre (Tumeurs thyroïdiennes à l'intérieur du larynx et de la trachée) par PALTAUF (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XI*, *p.* 71).

Le mode de développement du corps thyroïde est tel que des germes du tissu thyroïdien ont largement la possibilité de rester en des endroits éloignés du siège de la glande thyroïde, et en effet, les tumeurs ainsi formées ne sont pas rares. Dans un cas de goitre modéré, chez une fille de 29 ans, il existait dans le larynx des tumeurs sous-glottiques gênant la respiration au point de nécessiter la trachéotomie. Des accidents inflammatoires amenèrent la mort. L'examen histologique du larynx et de la trachée montra que cette tumeur était formée par des faisceaux conjonctifs renfermant des noyaux ayant la structure du tissu thyroïdien. Il paraît clair que les thyroïdes intra-trachéaux s'étaient tuméfiés en même temps que le corps thyroïde normal, et que ces germes intratrachéaux remontaient à la vie embryonnaire. Paltauf en rapporte 6 autres cas (Ziemssen, Bruns, Heise 2, Roth, Radestock). Cependant la critique de ces cas tend à montrer que le tissu thyroïdien normal peut adhérer à la trachée et la perforer à la façon des tumeurs malignes sans qu'il soit besoin d'admettre un groupe erratique trachéal de glandes thyroïdes accessoires. C. LUZET.

Pemphigus chronique des conjonctives, des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée et de la bouche, par LANDGRAF (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 13, 5 *janvier* 1891).

Homme de 48 ans, ayant comme antécédents morbides, une conjonctivite à l'âge de 5 ans, une éruption vésiculeuse du cuir chevelu, terminée par des croûtes, à 18 ans; enfin une pneumonie en 1886.

En 1887, début par le nez, qui devient douloureux et offre une sécrétion sanguinolente concrétée en croûtes; en même temps, sensation de sécheresse dans la gorge, malgré une salivation déjà profuse; chatouillement dans le larynx entraînant des mouvements de déglutition. Vers Noël, la vue devient moins bonne à gauche, puis à droite en janvier suivant.

État en mai 1888. Homme vieilli prématurément. Apyrexie. Aucun gonflement ganglionnaire. Rétraction des conjonctives avec symphise presque complète de leurs deux feuillets; par l'interstice palpébral resté libre, on aperçoit les cornées opaques, surtout à droite. De ce côté, la cécité est presque entière; à gauche, le malade parvient encore à compter les doigts. Pas trace des points lacrymaux.

Muqueuse nasale recouverte de croûtes très adhérentes, au-dessous desquelles elle apparaît atrophiée; perforation de la grosseur d'un pois dans la cloison cartilagineuse. Carie de la partie antérieure du cornet inférieur gauche.

Adhérences en forme de cordons entre les piliers palatins et la paroi pharyngée postérieure. La muqueuse du pharynx, pâle, offre de petits dépôts blancs se détachant facilement, disposés sous forme de cartes géographiques; au-dessous, la muqueuse est très rouge et saigne facilement.

Mêmes lésions au niveau de la base de la langue, de la face inférieure de l'épiglotte, des fausses cordes vocales de la muqueuse, des cartilages aryténoïdes et de la trachée.

Cordes vocales rouge grisâtre et épaisses.

Raucité; crachottements fréquents d'une petite quantité de mucus. Pas de dysphagie.

Les dépôts blanchâtres, qui se laissent enlever en grands lambeaux, sont composés en partie de cellules épithéliales normales, en partie de détritus méconnaissables; ils ne renferment pas de microorganismes.

L'état du malade resta de longs mois sans changements autres que la diminution de plus en plus grande des facultés visuelles subsistantes à gauche, grâce à la vascularisation et au trouble constant de la cornée. Les fosses nasales n'éprouvèrent aucune modification. Dans le pharynx et le larynx, les soulèvements épithéliaux blancs alternaient de places en certains points, quand on les détachait, il se reformait un nouvel épithélium qui, plus tard, s'éliminait à son tour. Ce processus s'effectuait en des régions bien circonscrites; sur l'épiglotte on distinguait même, après l'enlèvement de l'enduit blanchâtre, des disques rouges. Le calibre du larynx se rétrécit graduellement par épaississement de la muqueuse, et augmentation de volume de l'épiglotte. Les cordes vocales se soudèrent au niveau de leur commissure antérieure. Finalement, la tuméfaction de l'entrée du larynx acquit un développement tel qu'on ne peut plus faire d'examen.

Au début de l'hiver, l'envahissement de la muqueuse buccale occasionna de vives douleurs exacerbées par les aliments. Immédiatement en arrière des commissures labiales, se montrèrent les mêmes dépôts pseudomembraneux grisâtres. A l'endroit où la muqueuse génienne se réfléchit sur les gencives, la muqueuse était d'un rouge ardent et saignait au moindre contact. Sur quelques endroits de la face interne des joues, apparurent des disques ovalaires rouges, un peu saillants. La salivation était profuse.

Aucune fièvre; pouls irrégulier par instants. Aucune adénite. Jamais rien sur la peau ni dans les organes internes. Urine toujours normale. Perte en poids de 2 1/2 kilogrammes. Tous les traitements, y compris le mercure et l'iodure de potassium, furent vains. Au printemps de 1889, le malade fut perdu de vue.

Landgraf ne cite dans la littérature qu'un cas se rapprochant du sien, c'est celui de Critchett et Semon (*Internat. Centralblatt f. Laryngologie*, II) où les lésions des muqueuses étaient bornées à la conjonctive et au nez. Mais l'analogie est bien plus frappante avec l'observation de Mader (*R. S. M.*, XXI, 126) qui paraît avoir échappé à Landgraf, et qui ne s'en distingue que par l'extension des lésions aux bronches et la coexistence du pemphigus cutané. J. B.

Ueber Nystagmus der Stimmbaender (Spasme clonique, chronique et continu, des cordes vocales), par B. BAGINSKY (*Berlin. klin. Wochens., n°* 50, *p.* 1175, 7 *décembre* 1891).

Femme de 61 ans; à l'âge de 15 ans, à la suite d'un coup de pierre qui lui fit une blessure du côté droit du front, elle eut pendant six semaines les symptômes d'une méningite; puis une pneumonie et des hémoptysies répétées. A 20 ans, douleurs abdominales, paralysie de la motilité et de la sensibilité du membre inférieur gauche. A 29 ans, intervalles d'aphonie, accès de dyspnée, vomissements répétés, toux spasmodique, convulsions et début d'une tumeur à l'ovaire gauche. En 1862, photophobie et blépharospasme bilatéral, qui disparut à la suite d'une neurotomie. Durant les vingt années suivantes, les accidents mentionnés reparurent à diverses reprises. En 1882, aphonie de nouveau, presque absolue, avec dyspnée intense et respiration très accélérée. Hémianesthésie gauche, etc. La malade étant hystérique, Landau lui fit, sans succès d'ailleurs (Voy. *R. S. M.*, XXV, 632), l'ovariotomie. L'enrouement persistant, Baginsky pratiqua l'examen laryngoscopique qui, outre un catarrhe chronique, étendu à la paroi postérieure et s'accompagnant de troubles dans l'adduction et la tension des cordes vocales, révèle le curieux état de choses suivant, qui a commencé on ne sait quand et ne s'est pas modifié depuis deux ans :

Les cordes vocales et les cartilages aryténoïdes sont en permanence le siège de mouvements convulsifs presque réguliers, se répétant de 50 à 54 fois par minute. Ces convulsions cloniques consistent en petits mouvements d'adduction qui amènent les cordes jusqu'à l'attitude cadavérique, mais jamais jusqu'à la fermeture de la glotte; les convulsions se produisent vers la fin de l'expiration et cessent pendant l'inspiration. Elles cessent aussi momentanément quand on fait respirer le malade violemment, mais pour revenir plus intenses tout aussitôt après. Rien de semblable du côté de la langue, du pharynx et de la trompe d'Eustache. Sensibilité normale du larynx et du pharynx. La respiration est notablement accélérée, 52 à 54 par minute.

C'est le premier exemple connu de spasme clonique, permanent, des constricteurs du larynx, dans l'hystérie. J. B.

Kehlkopftuberculose im Kindes alter (Tuberculose laryngée dans l'enfance), par RHEINDORFF (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXIII, p.* 57).

Revue d'ensemble très complète sur cette affection si rare dans l'enfance et observation personnelle intéressante chez une enfant de six mois. A un mois et demi cette enfant avait présenté des accidents de pseudo-paralysie guéris par le traitement spécifique. A six mois elle commence à dépérir, à

tousser. La voix était enrouée. Toutes les tentatives d'examen laryngoscopique échouent. L'enfant succombait au bout de six mois avec tous les accidents d'une tuberculose généralisée.

A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses des poumons, de la rate, des reins, de l'intestin, du foie, des ganglions, du cerveau, du larynx, des lésions syphilitiques des côtes.

Les lésions laryngées consistent en une ulcération étendue, peu profonde, ayant détruit la corde vocale et le ligament thyro-aryténoïdien supérieur du côté droit. Au fond de l'ulcération et sur les bords infiltrés on aperçoit, par place, de petits nodules. Une autre ulcération plus petite existe plus bas. Sur la corde vocale gauche, on aperçoit quelques petites érosions. La face interne de l'épiglotte est rouge granuleux sans ulcération.

Il n'existe pas dans la science d'observation de tuberculose laryngée chez un aussi jeune enfant. A.-F. PLICQUE.

I. — Sur l'intubation du larynx, par H. RANKE (*Münch. med. Woch.*, n°s 36-379, 16 *septembre* 1890).

II. — Sur l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées, par PAULI (*Therap. Monatshefte, janvier* 1891).

III. — Die O'Dwyer'sche Tubage bei der diphtherischen Larynxstenose, par J. SCHWALBE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 493, 1891).

IV. — Ueber Intubation des Larynx, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 473, 11 *mai* 1891).

V. — Même sujet, par Wilh. von MURALT (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 315, 15 *mai* 1891).

VI. — ***Idem*, par KROENLEIN** (*Ibidem*, *p.* 316).

VII. — Contributo alla casuistica della intubazione della laringe nel croup, par J. DIONISIO, F. MOLTA et L. FERRIA (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, *p.* 431, *juin* 1891).

VIII. — Ueber die Tubage der Kehlkopfs bei Diphterie, par J. GOTTFRIED (*Therapeutische Monatshefte*, *n°* 6, *p.* 321, *juin* 1891).

IX. — Ueber die Indikationen der Intubation bei Diphtherie des Larynx, par ESCHERICH (*Wien. klin. Woch.*, *n°s* 7 *et* 18, 1891).

X. — Stenose of the trachea and larynx following tracheotomy, par PITTS (*Lancet*, 17 *janvier* 1891).

XI. — Dilatation forcée du larynx dans le croup, par RENOU (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, *p.* 47, 2ᵉ *sem.* 1890).

I. — Ranke a essayé dans peu de cas le tubage; néanmoins, comme il en a obtenu de bons résultats, il se croit autorisé à le considérer comme une méthode, qui par sa simplicité est destinée à se substituer dans bien des cas à la méthode sanglante de la trachéotomie, qui exige des aides. Mais celle-ci garde néanmoins ses indications et ne saurait être remplacée.

II. — Pauli a employé le tubage dans 11 cas; il eut 11 morts. Il existe des séries de cas mortels, qu'on retrouve dans les statistiques des trachéotomies; les épidémies sont loin d'avoir la même gravité, de sorte qu'il faut faire des réserves sur la statistique présente. Mais il n'en ré-

sulte pas moins que le tubage doit rester une méthode d'exception (cas de croup à début brusque, absence d'aides; refus des parents de laisser pratiquer la trachéotomie). Sans parler des accidents bien connus qui peuvent résulter de l'expulsion de la canule, de son obstruction, sans décider si la pneumonie de déglutition est ici plus fréquente (3 cas sur 11), les deux grands reproches dont est passive l'intubation sont la difficulté de l'alimentation et la production de lésions laryngo-trachéales par le séjour de la canule, ulcères de decubitus, que l'auteur a notés deux fois.

PAUL TISSIER.

III. — L'auteur a pratiqué le tubage du larynx dans 10 cas de croup. Le plus jeune opéré n'avait pas un an; il y avait 4 enfants au-dessous de deux ans. Tous les opérés ont succombé, sauf un enfant de huit ans qui a guéri.

L'introduction du tube n'a jamais été difficile pour l'opérateur, mais en son absence on a eu souvent de la peine à le remettre en place. Le tube détermine fréquemment des nécroses par compression.

L'auteur a renoncé à l'intubation. L. GALLIARD.

IV. — Baginsky a fait le tubage du larynx chez 13 enfants atteints de croup. Des 5 malades chez lesquels il n'a pas été pratiqué d'autre opération, 4 âgés de huit mois à trois ans ont succombé, 2 à des broncho-pneumonies, 1 à un croup descendant, et le quatrième à une paralysie du cœur. Le cinquième malade, âgé de trois ans, a guéri après avoir gardé cinq jours le tube qui fut changé à diverses reprises.

Chez 8 enfants, il a fallu en venir à la trachéotomie, vu la dyspnée constante, malgré les nettoiements et changements de tubes. 7 de ces opérés ont succombé; leur âge oscillait entre un an et demi et huit ans. Baginsky est d'avis que les enfants soumis au tubage, épuisés par la lutte respiratoire, se trouvent généralement moins résistants quand on leur fait la trachéotomie. Le seul trachéotomisé survivant est un enfant de deux ans. En somme, sur les 13 enfants, 2 seulement ont guéri, un par le tubage, l'autre par le tubage suivi de trachéotomie.

Le tubage a plus d'efficacité quand il s'agit d'enfants trachéotomisés qui asphyxient dès qu'on enlève leur canule.

Une seule fois, l'autopsie a révélé dans le larynx une eschare superficielle limitée à l'emplacement du tube. (*R. S. M.*, XVIII, 291; XXIX, 713 et 714; XXX, 666 à 668; XXXII, 288, 289, 653 et 654; XXXIII, 276 et 277; XXXIV, 298, et XXXV, 713.)

V. — De 1874 à 1890, à l'hôpital des Enfants de Zurich, von Muralt a fait 318 trachéotomies avec 35,6 pour cent de guérisons, et depuis le commencement de 1888, 56 tubages du larynx avec 37,5 pour cent de guérisons. L'une et l'autre opérations n'ont été pratiquées qu'autant que les petits malades asphyxiaient. Le tubage a donné proportionnellement plus de succès que la trachéotomie, au-dessous de deux ans. Von Muralt conclut : Il y a certainement des circonstances où la trachéotomie est seule indiquée; ainsi quand l'œdème glottique est considérable et que l'obstacle siège au-dessus de la glotte; mais dans la plupart des autres cas de diphtérie laryngée, pour ce qui touche aux résultats, le tubage peut être mis en parallèle avec la trachéotomie; chez les tout petits enfants, il semble même donner de meilleurs résultats à cause de l'absence

de complications. Le tubage du larynx est aussi très efficace chez les trachéotomisés qui ne peuvent se passer de leur canule.

Des 18 enfants auxquels von Muralt a fait le tubage du larynx par diphtérie, 18 ont dû être trachéotomisés ultérieurement et un seul de ces opérés a guéri.

VI. — Kroenlein, se basant sur l'expérience, non plus des médecins d'enfants, mais des chirurgiens, tels que Thiersch, se déclare peu partisan du tubage du larynx. Pour lui, les dimensions trop petites du tube empêchent le rejet des fausses membranes un peu volumineuses et favorisent ainsi la pneumonie lobulaire et la propagation de la diphtérie. Kroenlein n'a fait que 5 tubages, 3 guéris, 2 suivis de mort; au-dessous d'un an il ne le fait pas. Ses trachéotomies de 1890 lui ont donné 31,7 pour cent de guérisons. J. B.

VII. — Sur 19 cas traités par l'intubation seule, les auteurs ont obtenu 6 guérisons ou 31.5 0/0; sur 8 cas traités d'abord par l'intubation et ultérieurement par la trachéotomie, ils ont obtenu 2 guérisons ou 25 0/0. Ils concluent de leurs observations que l'intubation donne immédiatement de bons résultats dans le croup au point de vue de la dyspnée, qu'elle ne produit pas de troubles graves dans la déglutition, qu'elle constitue une opération facile et rapide, sans danger pour le malade, que dans beaucoup de cas elle peut remplacer très bien la trachéotomie sur laquelle elle a l'avantage d'amener une guérison plus rapide sans cicatrice persistante et sans aucun danger de rétrécissement consécutif de la trachée. GEORGES THIBIERGE.

VIII. — Après un court historique où l'auteur rend parfaitement justice aux médecins français, se trouve décrit le mode opératoire du tubage. Les accidents immédiats sont dus à des causes diverses. L'introduction du tube dans l'œsophage est fréquente chez les tout petits enfants et chez les enfants de plus de treize ans, en raison de l'étroitesse du pharynx chez les premiers, de la difficulté d'atteindre l'ostium laryngé chez les enfants ; la déglutition de la canule est le plus souvent sans inconvénient, elle sort par les voies naturelles; le détachement de fausses membranes peu adhérentes et leur refoulement dans la trachée est l'accident le plus grave. Il exige le décanulement immédiat.

Le tubage effectué, la présence d'un médecin en permanence auprès du malade est obligatoire, le tube pouvant s'obstruer brusquement. On sait d'autre part l'importance de l'alimentation chez les diphtériques; aussi Gottlieb conseille-t-il d'enlever deux ou trois fois par jour la canule pour permettre aux malades de manger. Le tubage est plus facilement accepté par les parents que la trachéotomie; on peut le pratiquer sans aide, sans narcose ; on ne crée pas ainsi de plaie; le résultat immédiat est sûrement très favorable, il n'y a pas de perte de sang, l'air inspiré est humide et chaud comme normalement, l'ablation de la canule se fait facilement et sans incident.

Mais il est des cas où la trachéotomie seule est possible : gonflement des parties molles de l'ostium laryngé, sténose siégeant au niveau de la trachée, fausse membrane épaisse et consistante, difficulté de l'alimentation. La proportion de guérisons est à peu près la même après le tubage qu'après la trachéotomie. Le tubage est l'opération d'urgence.

A la suite de la trachéotomie, le décanulement est souvent difficile, à

cause de la présence de granulations ou de cicatrices, de tuméfactions inflammatoires aiguës ou chroniques de la muqueuse, de la perte de la résistance élastique des cartilages qui s'affaissent pendant l'inspiration, de la disposition de la section cartilagineuse, etc. Le tubage est indiqué dans tous ces cas, et donne les meilleurs résultats. Comme Graser, d'Erlangen, Gottlieb n'a eu qu'à s'en louer dans deux cas. PAUL TISSIER.

IX. — Le tubage doit être préféré lorsqu'il est urgent d'agir, lorsqu'il y a lieu d'éviter au malade la chloroformisation et une plaie cutanée (diphtérie très infectieuse), lorsque la maladie semble bien localisée et ne pas avoir grande tendance à l'extension. C'est encore à l'intubation qu'on aura recours dans les cas sans espoir, lorsqu'on voudra seulement adoucir les derniers moments du malade.

Par contre, la trachéotomie devra être préférée d'emblée chez les très jeunes malades, chez ceux qu'une maladie intérieure a affaiblis, et encore dans les cas où les fausses membranes ont une tendance prononcée à envahir l'arbre bronchique.

L'intubation ayant l'inconvénient de rendre la déglutition difficile, il faudra la remplacer par la trachéotomie lorsque la nutrition du malade commencera à souffrir du défaut d'alimentation, et notamment lorsque l'obstacle à la respiration persistera plus de cinq jours. LEFLAIVE.

X. — Pitts compare les avantages et les inconvénients respectifs de l'intubation et de la trachéotomie. A propos des inconvénients de la canule trachéale, il cite plusieurs observations de sténoses consécutives du larynx et de la trachée. Les avantages de l'intubation seraient de moins effrayer les familles : 1° d'être proposable et acceptée à une époque plus précoce; 2° d'être exempte de quelques-unes des complications : hémorragies, infection de la plaie, bronchopneumonies par l'air froid. Ses inconvénients sont : 1° la surveillance nécessaire; 2° la possibilité de l'expulsion du tube ou de sa chute dans le larynx (deux observations) ; 3° le repos moins complet du larynx et les ulcérations laryngées possibles; 4° l'expulsion moins facile des fausses membranes. Comme règles pratiques, Pitts conseille : 1° de faire d'emblée la trachéotomie dans les diphtéries, malignes avec grande extension des fausses membranes; 2° d'essayer toujours l'intubation précoce dans les diphtéries moins malignes où la dyspnée est l'indication principale; 3° si, dans ces cas, le tube laryngé doit être maintenu trop longtemps, s'il est mal toléré, souvent expulsé, faire la trachéotomie secondaire, opération bien plus simple, bien plus facile que la trachéotomie primitive. On n'enlève, en effet, le tube laryngé qu'une fois la canule trachéale mise. PLICQUE.

XI. — L'étranglement croupal est exclusivement dû à la contracture spasmodique des muscles de la glotte. Renou propose de glisser dans la fente glottique contracturée les deux branches d'un dilatateur spécial, et de dilater le sphincter laryngien comme on fait pour l'anus. Cette opération, facile en apparence, a été pratiquée avec succès par lui chez un enfant de dix-huit mois. Comme suites, il a observé un léger sifflement laryngien pendant une dizaine de jours et une aphonie de trois semaines. LEFLAIVE.

Contributo sperimentale allo studio della fisiopatologia del nervo ricorrente, par DIONISIO (*Arch. ital. di laring.*, *XII*, 1).

Étude critique des divers travaux parus sur ce sujet, accompagnée d'une série d'expériences. L'auteur conclut que c'est encore l'ancienne théorie de la vulnérabilité plus grande des fibres abductrices et de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs qui se concilie le mieux avec les recherches expérimentales et les faits cliniques, comme interprétation de la position des cordes dans les lésions du récurrent. A. C.

Die laringeale Störungen der Tabes dorsalis, par H. BURGER (*In*-8°, *Leyde* 1891).

L'auteur étudie, dans cette intéressante monographie, les troubles laryngés de l'ataxie ; il a réuni la plupart des observations publiées en y ajoutant un certain nombre de faits personnels.

Les troubles laryngés se divisent en : paralysies motrices (des crico-aryténoïdiens postérieurs, la paralysie par excellence du tabes) ; troubles de coordination motrice, et crises laryngées. Ces dernières sont dues à la fermeture incomplète ou à l'anesthésie du larynx, à l'asphyxie par paralysie, ou enfin ce sont des crises vraies, spasmes coïncidant avec des paralysies.

On n'a jamais constaté de paralysie isolée des adducteurs.

Ces troubles laryngés sont fréquemment associés à d'autres troubles moteurs dépendant de l'accessoire du vague. Ils sont sous la dépendance d'une dégénérescence des noyaux bulbaires avec dégénérescence plus ou moins descendante des rameaux laryngés. A. CARTAZ.

Observation pour servir à l'étude de la sténose laryngée névropathique, par A. RUAULT (*Arch. intern. de laring*, *V*, 7).

Homme de 36 ans, tabétique : accidents laryngés dus à une paralysie double et complète des crico-aryténoïdiens postérieurs. Trachéotomie. Le malade ne voulant pas tolérer la canule, l'auteur pensa rendre une perméabilité relative de la glotte en provoquant par la section du récurrent, une hémiplégie laryngée. Résection d'un centimètre et demi du récurrent gauche. Après l'opération, image du larynx absolument identique à celle d'avant l'opération ; il n'y avait pas trace d'hémiplégie. Mort quelques jours plus tard des progrès de l'asphyxie. Autopsie impossible ; le récurrent réséqué présentait les altérations de la névrite. A. C.

Epithélioma de la corde vocale supérieure ; extirpation endo-laryngienne ; guérison, par GOUGUENHEIM et MENDEL (*Ann. mal. de l'or.*, *août* 1891).

Femme de 36 ans. Début de l'enrouement, par refroidissement, en août 1890. En décembre, aphonie absolue, pas de dysphagie ni de dyspnée. Tumeur sessile, volume d'un noyau de cerise sur la corde vocale gauche, rouge grisâtre, avec saillies. Pas de ganglions. Extirpation avec la pince coupante. Examen histologique : globes épidermiques. Pas de récidive six mois après. A. C.

La laringotomia inter-crico-tiroidea, par CISNEROS Y SEVILLANO (*Broch. Madrid*, 1892).

Court mémoire où l'auteur reprend l'histoire de cette opération, en dis-

cute les avantages, les inconvénients et les indications. Il est convaincu que, dans la majorité des cas, la laryngotomie crico-thyroïdienne doit être préférée à la trachéotomie, toutes les fois que la région sous-glottique sera libre. L'auteur publie quatre cas dans lesquels il a pratiqué avec succès cette opération : laryngite œdémateuse, laryngite syphilitique (2) et tuberculose laryngée avec végétations énormes. A. CARTAZ.

Ueber die Kehlkopfextirpation (De la laryngectomie. Etude statistique et critique), par TAUBER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLI*, 3, 1891).

Statistique portant sur 163 cas.

Le premier cas remonte à 1866 (Watson). Depuis cette époque. c'est l'année 1886 qui a fourni le plus fort contingent d'opérés (23). Le maximum des interventions porte sur des malades de 50 à 60 ans (50) ; le plus âgé avait 76 ans, le plus jeune était un enfant de 10 ans. 110 fois l'opération a été faite pour cancer, 35 fois pour épithéliome ; les autres cas se répartissent en sarcome (8), syphilomes (2), tuberculose (2), adénome (2), papillome (2), lupus (1), névrose laryngée (1). La mortalité opératoire a été de 61 8 °/₀ pour le cancer, 54 2 °/₀ pour l'épithéliome, 25 °/₀ pour le sarcome — chiffres sensiblement plus élevés que ceux donnés par les statistiques antérieures. — Dans l'ensemble, la mortalité post-opératoire a été de 41 1 °/₀ ; 28 8 °/₀ ont récidivé dans l'année ; les survies au delà de 2 ans n'ont été que de 7 9 °/₀ (1 cas de 10 ans) ; 32 opérés, soit 19 6 °/₀ n'avaient pas récidivé ou n'avaient pas succombé après un an ; enfin, dans 4 cas, le résultat est demeuré inconnu.

L'auteur considère la laryngectomie comme *l'ultimum refugium*, et accorde toutes ses préférences à l'opération palliative de la trachéotomie qui, la malignité de la tumeur du larynx constatée, donne une moyenne de survie supérieure à l'extirpation. MAURANGE.

Total extirpation of the larynx, par ROOT (*N. York med. journ.*, *p.* 431, 17 *décembre* 1891).

Homme de 41 ans, atteint d'aphonie depuis six mois. Au mois d'avril, on constate une masse grisâtre remplissant la moitié antérieure de la glotte et cachant les trois quarts des cordes vocales ; cette masse offre une ulcération peu profonde. L'examen histologique montre qu'elle a la structure de l'épithélioma.

Le 25 avril, on l'extirpa par fragments et, dès lors, le larynx paraît indemne. Le malade recouvre complètement la voix.

Le 11 mai, épaississement de la corde vocale gauche.

Le 30 juin, tumeur jaunâtre. Aphonie. Au mois de septembre, la tumeur envahit la région épiglottique.

Le 28 octobre, incision médiane, extirpation d'un lobe supplémentaire du corps thyroïde, division du cartilage thyroïde. La tumeur est plus grosse qu'on n'avait pensé. On excise l'aile gauche du cartilage thyroïde, on énuclée le cartilage aryténoïde qu'on enlève avec deux tiers de la corde vocale du côté gauche. Le 7ᵉ jour, on peut enlever la canule, et le 16ᵉ jour la plaie est cicatrisée ; le malade quitte l'hôpital.

Au mois de décembre, la dyspnée nécessite une trachéotomie. On trouve une tumeur au côté droit. Pas d'engorgement ganglionnaire. Le rapide développement du néoplasme ne laisse pas d'hésitation sur la nécessité d'enlever la totalité du larynx.

Cette opération est pratiquée sept semaines après la première, et plus

aisément que celle-là. Dès le 8e jour, l'opéré peut avaler le liquide en restant couché sur le dos, et le 10e jour il se lève.

Après avoir essayé un larynx artificiel, qui est considéré comme encombrant, on place une canule de Durham, à laquelle on adapte un tube recourbé. Grâce à une disposition particulière, le malade peut parler à haute voix. La voix est rauque, mais non désagréable. Le phénomène est dû aux vibrations de la muqueuse du pharynx. L. GALLIARD.

La fuchsine dans les maladies du larynx, par Karl BOGROFF (*Vratch, n° 16, p.* 411, 1891).

Bogroff fait remarquer que la fuchsine est aisément absorbée par la muqueuse du larynx, et peut servir de véhicule aux agents antiseptiques qui, de cette façon, pénètrent bien plus profondément dans les tissus, en même temps que les éléments cellulaires imprégnés par la matière colorante forment une couche protectrice qui défend la muqueuse. Ainsi, l'auteur s'est bien trouvé chez les phtisiques d'une injection intralaryngée d'une solution boriquée saturée de fuchsine : dans un cas de lymphadénie pharyngée, il a employé avec succès la fuchsine incorporée dans du sublimé : les deux facteurs du mélange ont une action concordante. H. R.

Bilateral apoplectiform deafness, par FERRIER (*Lancet, vol., I p.* 1094, 1891).

Observation d'hémorragies inhalabyrinthiques remarquable par la bilatéralité des lésions. Les deux attaques survinrent à dix-huit mois d'intervalle. Ferrier ne connaît dans la science qu'un seul cas analogue. Il n'y eut aucun signe d'hémorragie intracranienne. Aucune affection générale (mal de Bright, syphilis, etc.) ne pouvait expliquer cette double hémorragie. A.-F. PLICQUE.

Ueber das Cholesteatom im Gehörorgane (Cholestéatome auriculaire), par POLITZER (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *février* 1891).

Le choléstéatome se présente au cours ou à la suite des maladies de l'oreille moyenne sous forme de tumeur perlée, brillante, à lamelles superposées, ou sous forme de masses épidermiques mal délimitées. Ce n'est pas un hétéroplasme, comme l'admettaient les anciens anatomistes. C'est le résultat de l'envahissement de la caisse par l'épiderme du conduit auditif externe, qui en tapisse les parois, fait disparaître l'épithélium à cils vibratiles et s'y accumule en couches concentriques. L'envahissement est possible quand le tympan est perforé; les perforations tympaniques centrales sont moins favorables à ce point de vue que celles de la membrane de Shrapnell.

Dans deux cas de Politzer, le cholestéatome résultait de la prolifération épithéliale produite dans les dépressions glanduliformes de la muqueuse de la caisse enflammée.

Les choléstéatomes peuvent user le squelette et provoquer la méningite ou la phlébite des sinus. Politzer les a vus détruire le limaçon et les canaux semi-circulaires. Ils peuvent s'éliminer spontanément ou sous l'influence d'un processus irritatif.

Dans un cas de Politzer, l'épiderme, au lieu de passer par une perforation existante du tympan, s'était engagé dans une fistule plus large située à la partie postérieure du conduit auditif externe et conduisant dans les cellules mastoïdiennes; il y avait là un cholestéatome.

Le diagnostic est souvent obscur. Le traitement consiste en irrigations énergiques après dissociation de la masse quand il y a une ouverture suffisante. Quand l'orifice tympanique est trop étroit, Politzer recommande l'emploi d'une petite sonde élastique, recourbée à son extrémité. Quand les cholestéatomes remplissent la caisse, on est obligé de pratiquer les irrigations résolutives par la trompe ; Politzer préconise une solution de résorcine à 1 0/0. L. GALLIARD.

Otiatrische Mittheilungen (Communications d'otologie), par EITELBERG (*Wiener medizinische Presse, p.* 209, 7 *février* 1892).

Eitelberg a observé, en mai 1891, une femme de 40 ans à laquelle il avait fait pour une otorrhée accompagnée de céphalalgie, de frissons et de vomissements la paracentèse de la caisse du tympan de l'oreille droite. Pendant le temps que dura cette petite opération, la patiente se tint très bien, répondit aux questions posées, fit au commandement les manœuvres qu'exige la douche d'air selon Politzer et déclara enfin que toute douleur avait disparu. Le lendemain, lorsqu'Eitelberg revit sa malade, elle n'avait plus le moindre souvenir de l'opération qu'elle avait subie 24 heures auparavant. Il croit son observation unique. CART.

I. — Complications auriculaires au cours de la leucocythémie, par LANNOIS (*Lyon méd.*, 3 *janvier* 1892, *et Ann. mal. de l'or., janvier* 1892).

II. — *Idem*, **par MAGNIFICAT** (*Thèse de Lyon*, 1891).

I. — Etude très complète sur une complication peu étudiée de la leucocythémie. Signalés par Vidal, Walther, Simon, etc., les troubles auriculaires ont été étudiés par Politzer, Blau, Steinbrügge (Voy. R. *S. M.*, XXVII, 756 ; XXIX, 719) ; mais il n'existe que quatre cas, suivis d'autopsie, antérieurs à l'observation suivante de l'auteur :

Chez un leucocythémique, Lannois a observé des crises de vertige de Ménière survenues 4 ans environ après le début de la maladie et 8 mois avant la mort. La surdité était absolue. A l'autopsie on trouva dans l'utricule, le saccule, dans les ampoules des canaux semi-circulaires, un exsudat blanc jaunâtre, résultat vraisemblable d'une hémorragie. Le canal semi-circulaire membraneux est intact, mais le canal semi-circulaire osseux est oblitéré par du tissu osseux de nouvelle formation.

Lannois résume, dans ce travail, les divers faits publiés et montre que les symptômes variables (surdité avec ou sans vertiges) tiennent aux différentes localisations des lésions, la caisse (Gradenigo) la caisse et le labyrinthe (Steinbrügge) le labyrinthe (Lannois).

Dans quatre cas il s'agissait d'hémorragie, dans le cas de Politzer de véritables néoformations leucémiques.

II. — Thèse inspirée par Lannois et qui n'est que le développement du premier travail. A. CARTAZ.

Extrav. in d. Nervensch d. Chorda tympani, bei Diphteritis de Paukenhöle (Lésion de la corde du tympan dans la diphtérie de la caisse), par W. KIRCHNER. (*Centrabl. f. allg. Path. u. pathol. Anat.*, n° 1, 1er *janvier* 1891).

On a noté depuis longtemps l'existence de trouble du goût à la suite des processus inflammatoires de la caisse du tympan.

Kirchner a eu l'occasion d'examiner la corde du tympan chez un enfant atteint de diphtérie de la caisse.

Le tympan était épaissi, hyperémié, ainsi que la muqueuse de la caisse qui ne se laissa enlever que difficilement. Au niveau de la corde du tympan la muqueuse fortement épaissie était infiltrée de cellules rondes, surtout autour des vaisseaux. L'épithélium était en place.

Dans un point entre la couche épithéliale et la gaine du nerf on trouva un amas circonscrit de petites cellules, déjà nécrosées au centre. Le nerf, comprimé par un exsudat finement granuleux, existant entre les faisceaux de sa gaine conjonctive, était fortement diminué de volume. Il ne s'agissait pas ici d'une malformation conjonctive, mais l'examen des coupes coloriées par la méthode de Weigert, y montra l'existence de filaments de fibrine et de nombreux cocci, comme dans les autres parties de la muqueuse tympanique. P. TISSIER.

Ein Fall von hörbaren Ohrgeräuschen (Un cas de bruit auriculaire perceptible à distance), par SZENES (*Intern. klin. Rundschau*, n° 8, 1891).

Une jeune fille de 10 ans accusait un bruit de tictac perpétuel dans l'oreille gauche et ce bruit pouvait être entendu à une distance de 15 centimètres. L'ouïe était normale et la membrane tympanique présentait par places des épaississements.

Ce bruit se répétant de 120 à 136 fois par minute et n'étant nullement synchrone avec pouls, ne peut être attribué à une lésion vasculaire. Il est bien plus probable qu'il a une origine musculaire, contractions cloniques du muscle tenseur du tympan ou des muscles du voile du palais. LEFLAIVE.

Ueber Taubstummheit bei Kindern... (La surdi-mutité dans l'enfance et la nécessité de la soigner, par F. PLUDER.) (*Zeitsch Schulgesundheitspflege IV et Hygienische Rundschau*, *I*, 567, 15 *juillet* 1891).

Pluder estime que le rôle du médecin auriste, en ce qui concerne la surdi-mutité, est beaucoup plus important qu'on ne se le figure. Il pense en effet que la fréquence de la surdité congénitale a été exagérée et qu'elle ne se retrouve que chez un tiers de sourds-muets. Au contraire la surdité acquise se rencontre à la suite : 1° de toutes les maladies infectieuses aiguës : scarlatine, fièvre typhoïde, rougeole, diphtérie, variole, méningite cérébro-spinale épidémique, oreillons, coqueluche ; 2° des méningites cérébrales aiguës ou chroniques ; 3° des otites moyennes et internes.

L'examen de 82 élèves de l'Institut des sourds-muets de Hambourg a montré à Pluder que la surdité était congénitale chez 20, acquise chez 60 et d'origine indéterminée chez les 2 derniers.

25 élèves étaient totalement sourds ; 22 avaient conservé l'ouïe des sons ; 9 celle des voyelles et 22 celle des mots ; les deux premières catégories de sourds sont seules d'un mauvais pronostic au point de vue du traitement. 16 des élèves qui percevaient les voyelles et les mots avaient une parole intelligible ; chez 11 autres de la même catégorie, la parole était un peu défectueuse. Parmi les totalement sourds 3 seulement avaient un langage convenable, 2 un langage assez compréhensible, tandis que les 19 autres s'exprimaient d'une façon plus ou moins inintelligible.

Pluder recommande de donner toute son attention à ces restants d'ouïe et, pour l'enseignement, de séparer autant que possible les

enfants qui entendent encore, de ceux qui sont complètement sourds, l'influence de ceux-ci ne pouvant être que fâcheuse pour les premiers.

Les élèves des établissements de sourds-muets devraient être l'objet d'une surveillance constante du médecin auriste (*R. S. M.*; VII, 733; VIII, 637; IX, 128; XIII, 712; XVI, 668, XIX, 306; XXIV, 663, 720 et 721; XXV, 325 et 339; XXVIII, 724; XXXI, 275 et XXX, 697).

J. B.

Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen, par Michael COHN. (*Berlin. klin. Wochens*, nº 43, p. 1052 et nº 44, p. 1074, 19 et 26 octobre 1891).

Les observations de nystagmus dans le cas d'affections auriculaires sont des plus rares. La première est due à Schwaback (*Deutsche Zeitschr. f. praktische Med.* 1878, nº 11); peu de temps après, Pflueger publia le second (même journal, nº 35); enfin, les 3 dernières sont dues à Kipp (R. *S. M.*, XXXIII, 714).

Cohn en fait connaître 4 nouveaux cas, recueillis à la policlinique de B. Baginsky, et se rapportant tous à des otites moyennes suppurées. Les 2 premiers cas concernent des femmes neurasthéniques, dans la quarantaine. Chez le premier, on provoquait un accès vertigineux, avec nystagmus horizontal des deux yeux, en injectant de l'air ou un liquide dans le conduit auditif externe, ou encore par une légère compression du tragus de l'oreille malade avec l'index. On ne peut pas admettre que le tragus représentât ni une zone hystérogène unique sur le corps du malade, parce que dès qu'on interposait un tampon d'ouate dans l'oreille, les pressions exercées sur le tragus restaient sans résultat.

Chez l'autre femme, l'injection, sous une pression modérée d'un liquide tiède dans l'oreille malade produisait également une attaque vertigineuse avec lypothymie, mydriase et nystagmus, le plus souvent horizontal, mais quelquefois rotatoire.

Les 2 autres observations de Cohn concernent, l'une un homme de 34 ans, l'autre un garçon de 14 ans. Chez ces deux malades, seules les injections froides déterminaient les phénomènes vertigineux accompagnés d'un nystagmus rotatoire.

Au premier abord, on serait tenté de rapprocher ces faits des résultats expérimentaux de B. Baginsky (R. *S. M.*, XVIII, 426 et XVII, 422): production de vertiges et de nystagmus par augmentation de pression dans la caisse tympanique; mais, chez les animaux, il fallait un accroissement de pression considérable, tandis qu'il n'en est pas de même pour les malades ci-dessus.

Cohn conclut : Le nystagmus s'observe parfois dans le cours d'otites moyennes purulentes à marche généralement chronique et s'accompagnant de perforation du tympan. Il se présente sous forme d'attaques transitoires accompagnées d'une sensation vertigineuse intense. Il est rare de voir ces accidents se produire spontanément. Ils sont ordinairement provoqués par certaines irritations mécaniques atteignant les parties profondes de l'oreille. Le nystagmus est toujours bilatéral, en général horizontal, rarement rotatoire.

J. B.

Ueber die bei Lupus der Nase vorkommenden Erkrankungen des Mittelohres. (Affections de l'oreille moyenne compliquant le lupus nasal), par O. BRIEGER. (*Berlin. kin. Woch., n° 47, p.* 1134, 16 *novembre* 1891).

Sur 21 cas de lupus nasal, Brieger n'en a trouvé que 3 où l'oreille moyenne fût parfaitement intacte. Dans tous les autres il y avait, soit une otite catarrhale, soit une otite purulente, soit des lésions paraissant spécifiques, c'est-à-dire tuberculeuses. Brieger n'a cependant réussi qu'une fois à décéler la présence des bacilles tuberculeux dans les sécrétions de la caisse. Quand les altérations auriculaires paraissaient être de même nature que celles de la muqueuse nasale, les foyers lupiques occupaient presque toujours le pharynx nasal. J. B.

I. — Weitere Mittheilungen ueber die operative Freilegung der Mittelohrræume durch Ablœsung der Ohrmuschel, par STACKE.

II. — Discussion de la section d'otriatrie de la 64ᵉ réunion des naturalistes et médecins allemands. (*Berlin. klin. Woch., n°* 47, *p.* 1135, 16 *novembre* 1891).

I. — Stacke a imaginé un nouveau procédé opératoire pour les cas de suppurations chroniques, incurables, de l'oreille moyenne ; elles siègent surtout à la partie supérieure de la caisse tympanique et tiennent en particulier à une carie ou à un cholestéatome de l'attique. Il est de règle qu'alors l'antre mastoïdien soit pris également, même en l'absence de tous symptômes ; Stacke a rencontré 30 fois sur 33 cette complication. Il en résulte que son procédé opératoire a aussi une utilité diagnostique.

Stacke détache le pavillon auriculaire et coupe en travers le conduit auditif qu'il rabat en avant ; de cette façon le tympan et sa caisse sont directement accessibles à la lumière du jour. Puis il enlève le marteau, l'enclume et les restes de la membrane tympanique, attaque avec le ciseau, les parois externe et inférieure de l'attique, ainsi que l'antre, si celui-ci est malade. Mais Stacke ne se borne pas à aborder l'antre par l'extérieur; il resèque largement la paroi postérieure du conduit auditif jusque dans la caisse du tympan pour faire à l'antre mastoïdien une cuvette plate. Après avoir enlevé autant que possible toutes les parties malades, il recouvre cette cuvette à l'aide d'un lambeau de parties molles emprunté au revêtement cutanéo-périostique du conduit auditif. Il réalise ainsi un double objet : 1° l'introduction d'épiderme sain dans l'oreille moyenne pour revêtir les cavités osseuses ouvertes ; 2° l'établissement d'une communication, large et permanente, entre le conduit auditif et l'antre mastoïdien.

Pendant le traitement consécutif, on veillera à ce que les cavités accessoires de l'oreille moyenne ne se referment pas par des granulations et qu'au lieu d'avoir un revêtement épidermique lisse, il ne se produise des ponts et des cordons, derrière lesquels la suppuration continue.

II. — Lœwe pratique l'ouverture de l'attique à l'aide de perforateurs mus par la machine des dentistes américains.

Schwartze blâme absolument la manière de faire de Lœwe. Depuis quelques mois, il a opéré une vingtaine de malades par la méthode de Stacke; l'un d'eux a eu une paralysie faciale temporaire ; 4, dont un cas de cholestéatome sont guéris. Le traitement secondaire est considéra-

blement abrégé si on le compare avec la méthode antérieure des chevilles en plomb.

Krestchmann estime que deux choses sont surtout nécessaires pour l'opération de Stacke : 1° une hémostase soigneuse ; 2° un bon éclairage ; il se procure celui-ci par une lampe à incandescence fixée sur le manche d'un porte-plume. Lorsqu'il y a lieu en même temps d'ouvrir l'apophyse mastoïde et d'enlever les osselets de l'ouïe, Kretschmann, après avoir pratiqué l'incision des parties molles, comme Stacke, décolle le conduit auditif membraneux, qu'il ne laisse adhérent qu'en avant et fend le conduit auditif sur sa paroi postérieure, parallèlement à son axe longitudinal. Ensuite il incise circulairement autour du conduit dans le plan de la membrane tympanique. Puis il applique le ciseau sur l'apophyse mastoïde et enlève simultanément la paroi postérieure du conduit auditif ; de cette manière, caisse, conduit auditif et antre ne forment qu'une grande cavité. Après avoir fixé le lambeau en haut et en bas, il referme la plaie de parties molles avec des sutures étagées. Il obtient ainsi la cicatrisation épidermique de l'entonnoir de la plaie et prévient les bourgeonnements exubérants. Le pansement est changé hebdomadairement. J. B.

Le dermatol dans les affections de l'oreille, par Hugo DAVIDSHON. (*Therap. Monatsh*, n° 12, 1891).

Le dermatol, dans les affections suppuratives de l'oreille, n'a aucune action irritante; il diminue la sécrétion, dessèche les surfaces et, à ce point de vue, est à placer à côté de l'acide borique. Il ne semble pas avoir de propriétés désinfectantes bien nettes, en tout cas non supérieures à celles de l'acide borique. P. TISSIER.

Pilocarpine in affections of the ear and the abuses of this remedy, par POLITZER (*Lancet*, 3 *janvier* 1891, *p.* 10).

Les injections sous-cutanées de pilocarpine sont surtout utiles, d'après Politzer, dans les affections récentes du labyrinthe syphilitique ou non syphilitique. Dans les affections plus anciennes elles peuvent encore être essayées, mais il est inutile de les continuer si l'on n'obtient pas d'amélioration après dix ou quinze injections. Leur emploi est parfois utile dans les otites moyennes aiguës, dans les otites infectieuses, quand la caisse du tympan est pleine d'exsudats se résorbant mal. Dans la sclérose sèche de l'oreille moyenne, l'emploi de la pilocarpine est tout à fait contre-indiqué.

Comme doses, Politzer injecte au début deux gouttes de la solution à 2 pour 0/0. Il augmente graduellement d'une goutte chaque jour jusqu'à huit gouttes. Il prolonge en général les injections aussi longtemps que chacune d'elles paraît déterminer un accroissement, même léger, du pouvoir auditif et les suspend lorsque le gain cesse.

Dans quelques cas de catarrhe de l'oreille moyenne, avec sécrétion et gonflement, les injections de quelques gouttes de cette solution, faites directement par la trompe d'Eustache et continuées pendant une à trois semaines (en alternant avec les insufflations d'air), lui ont donné de bons résultats.

Telles seraient à peu près les seules indications de ce médicament, dont la valeur en otologie a été quelque peu exagérée. A.-F. PLICQUE.

Excision of the membrana tympani, the malleus and incus, as a means of treatment in otitis media chronica, par C. BURNETT (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 26 *septembre* 1891, *p.* 475).

Les indications de l'excision de la membrane du tympan, du marteau et de l'enclume, sont les suivantes :

La surdité, le bourdonnement et le vertige, dans l'otite moyenne catarrhale chronique, surtout lorsqu'il existe des adhérences entre les membranes du tympan et le promontoire, ou bien lorsqu'il y a des signes évidents de synéchies entre les osselets.

La suppuration, la surdité, les bourdonnements, les vertiges, la céphalalgie, les poussées successives d'otite moyenne purulente chronique.

Dans ces deux variétés d'otites, l'opération diffère, car dans l'otite catarrhale, le tympan et les osselets sont intacts, et dans l'otite purulente ces organes sont détruits par la maladie.

Dans l'otite catarrhale, l'incision ne donne point de mauvais résultats, alors que nulle amélioration n'a été obtenue. Le résultat le plus constant est la disparition de la sensation de compression et de plénitude de l'oreille : très souvent aussi on note une disparition prompte, entière et permanente des bourdonnements et vertiges. Bien plus rarement l'ouïe est améliorée. Cependant, si l'acuité auditive augmente après l'opération, mais diminue ensuite, à cause de la régénération de la membrane du tympan, cette membrane peut être excisée autant de fois qu'elle se reforme, jusqu'à ce que son pouvoir réparateur soit épuisé. Parfois, l'amélioration de l'ouïe persiste, malgré la régénération du tympan. Dans les cas de catarrhe chronique, que n'ont pu guérir les autres modes de traitement, cette opération pourrait offrir quelques chances de soulagement.

Dans l'otite moyenne purulente chronique, l'excision du tympan et des deux osselets a régulièrement tari la suppuration chez les malades ainsi traités.

Lorsqu'il existe une petite perforation dans une membrane tendue, et que la suppuration est limitée à la partie antérieure de la caisse, cette suppuration est rapidement arrêtée avant qu'elle n'ait attaqué la partie postérieure de la caisse. La mastoïdite, la thrombose du sinus, la pyémie, les abcès cérébraux, sont ainsi prévenus.

Si l'ouïe n'est pas perdue avant l'opération, son amélioration est constante. Le vertige, la céphalalgie, les bourdonnements, etc., sont guéris d'une manière entière et permanente par l'excision de fragments nécrosés du tympan et des deux gros osselets. MAUBRAC.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1891.

A

Abcès. — Sur le traitement des abcès froids, par Gilis. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 5 décembre.)

Abdomen. — La pression intra-abdominale et la mobilité anormale des viscères abdominaux, par Schatz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 680, 6 juillet.) — Carcinome volumineux de la peau de la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen, par Gaudier. (*Bull. méd. du Nord*, 23, p. 565.) — Plaie pénétrante par piqûre de l'abdomen avec blessures multiples de l'intestin sans hernie ; guérison, par Ziegler. (*Münch. med. Woch.*, 47, p. 819.) — Plaie de l'abdomen par la lance (barbelée) des indigènes australiens, par Ross. (*Lancet*, 12 décembre.) — Contusion de l'abdomen, ruptures du duodénum et de l'intestin grêle, par Reboul. (*Marseille médical*, 11.) — Sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen, par Wassilieff. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Complications dans la chirurgie abdominale et pelvienne, par Price. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Pansement idéal pour les plaies abdominales, par Kelly. (*Ibid.*, décembre.)

Accouchement. — Etude de l'obstétrique pendant le moyen âge et la Renaissance, par Andureau. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — L'exercice de la pratique obstétricale dans la clientèle privée, par Dohrn ; même sujet, par Ahlfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 25, p. 625 et 626, 22 juin) — Des réformes de l'enseignement obstétrical à la Faculté de médecine de Paris, par Pinard. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 décembre.) — Vade mecum d'obstétrique à l'usage des étudiants et des médecins, par Duhrssen, trad. par Van Aubel. (In-16, *Liège*.) — Manuel d'obstétrique opératoire, par F.-A. Kehrer. (*Stuttgard.*)— Le nouvel asile de convalescence de Blankenfeld pour femmes en couches, par Menzer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 décembre.) — La mortalité en obstétrique depuis l'adoption des méthodes antiseptiques, par Tarnier. (*Bull. méd.*, 25 novembre.) — Influence de l'asphyxie sur la parturition, par Chambrelent et Saint-Hilaire. (*Soc. de biol.*,

28 novembre.) — Procidence des 2 pieds dans une présentation du sommet en position O. I. G. A., par A. Civia (*Riforma medica*, 24 juin.) — Singulier cas d'hémorragie interne avant l'accouchement, décollement du placenta au fond de l'utérus, mort de l'enfant dans le sein de la mère, dangers pour la mère, par Pallardy. (*Union méd. Canada*, mai et *Arch. de tocol.*, juillet.) — Anomalie du col (étroitesse extrême) simulant une imperforation au moment de l'accouchement, par Mueller. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 770, décembre.) — Occlusion partielle de la vulve par une bride cicatricielle à la suite des incisions postéro-latérales, par Léon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 septembre.) — Dystocie par atrésie cicatricielle complète du vagin, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Deux cas d'adhérences anormales du placenta, extraction manuelle du délivre, par Géhé. (*Ann. polyclin. Toulouse*, novembre et *Arch. de tocol.*, janvier.) — Des forceps à traction suivant les axes pelviens, par W. Nagel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 584, 15 juin.) — Un cas d'embryotomie, par P. Parizot. (*Revue méd. de l'Est*, 19.) — De la craniotomie, par Barsony. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 3.) — Méthode simple pour perforer le crâne du fœtus hydrocéphalique, par G.-B. Foppiano. (*Riforma medica*, 14 octobre.) — Sur une suite éloignée rare de la môle vésiculaire, par E. Pestalozza. (*Morgagni*, p. 581, octobre.) — Du petit retour de couches, par Etienne. (*Arch. de toc.*, novembre,) — Traitement des suites de couches normales, par Schauta. (*Centralbl. f. d. gesammte Therapie*, janvier.) — Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré, par Oui. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Moyens les plus usités en France et à l'étranger pour la provocation de l'accouchement prématuré, par Stapfer. (*Union méd.*, 19 septembre.)

Acide. — Sur la transformation de quelques acides de la série oxalique dans l'organisme humain, par Marfori. (*Ann. di chimica*, XII, 6 et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.)

Acné. — Un cas d'acné varioliforme, par Leven. (*Monats. f. Dermat.*, XIV, 1.)

Acromégalie. — Deux cas d'acromégalie, par Tanzi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 5.) — Une observation d'acromégalie, par A. Bignami. (*Bull. Societa lancisiana degli Ospedali di Roma*, mars 1890.) — Etude anatomique et clinique de l'acromégalie et d'une forme amyotrophique de cette maladie, par Duchesneau. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'acromégalie avec hémianopsie temporale bilatérale, par Denti. (*Atti dell' Ass. med. Lombarda*, août.) — Un cas d'acromégalie, par Du Cazal. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 octobre.) — Un cas d'acromégalie, par Litthauer. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1282.)

Actinomycose. — De la morphologie de l'actinomycose, par Domec. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Un cas d'actinomycose, par Waring. (*St. Barthol. hosp.Rep.*, XXVII, p. 173.) — Etude sur l'actinomycose chez l'homme en Suisse, par E. Guder. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.) — Un cas d'actinomycose, par Choux. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Contribution à l'étude de l'actinomycose de l'homme, par Vander Stroeten. (*Bull. Ac. méd. Belgique*, 8.) — Traitement de l'actinomycose, par Koettnitz. (*Deutsche med. Woch.*, 36, p. 1047.)

Addison (mal. d'). — Un cas de maladie d'Addison, par F. Accorimboni. (*Ri-*

forma medica, 29 août.) — De la maladie d'Addison, par LEICHTENSTERN. (*Deutsche med. Woch.*, 52.

Adénome. — Un cas d'adénome sébacé, par CASPARY. (*Berl. klin. Woch.*, 2 février.)

Air. — Déglutition de l'air atmosphérique, par AUBERT. (*Lyon méd.*, 9 août.)

Albumine. — Les matières albuminoïdes, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 11.) — Conséquences de l'alimentation pauvre en albuminoïdes, par J. MUNK. Influence nuisible de l'alimentation pauvre en albuminoïdes, par TH. ROSENHEIM. De l'usage d'une nourriture pauvre en albuminoïdes, par N. ZUNTZ. (*Verhandl. der Berliner physiologisch. Gesellsch.*, 27 février et 13 mars.) — De l'influence du sulfonal sur le dédoublement des albuminoïdes, par MARTIN HAHN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 1.)

Albuminurie. — L'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie, par HINGSTON FOX. (*Hunterian Soc.*, 25 novembre et *Lancet*, 12 décembre.) — Fait significatif dans le diagnostic et la pathogénie de l'albuminurie des adolescents, par DUKES. (*Lancet*, 12 décembre.) — Sur la quantité d'albumine nécessaire à l'homme, par BREISACHER. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1307.)

Alcool. — La valeur de l'alcool comme aliment d'épargne dans la nutrition de l'homme sain, par MIURA. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.) — Action de l'alcool allylique, par MEISSNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 819, 17 août.) — L'abus de l'alcool en thérapeutique et en hygiène, par ROBERT KOPPE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 626, 22 juin.)

Alcoolisme. — La lutte contre l'alcoolisme en Belgique, par BESVAL. (*Mouv. hyg.*, VII, p. 223.) — L'alcoolisme dans l'enfance, par GILLET. (*Revue gén. de clin.*, 48, p. 749.) — L'alcoolisme devant l'expertise médico-légale, par SEMAL. (*Rev. de l'hypnot.*, décembre.) — Les alcooliques sont-ils guérissables ? par CROTHERS. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 décembre.) — Alcoolisme subaigu; delirium tremens avec albuminurie; paralysie alcoolique très étendue, par ARNAUD et LOP. (*Rev. de méd.*, novembre.) — De la paralysie alcoolique et en particulier des formes généralisées, par VASSAL. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Paralysie alcoolique chez une jeune femme dipsomane; névrites multiples; guérison, par DUBRISAY. (*Union médicale*, 26 novembre.) — L'ivresse par l'éther, par KERR. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 21 novembre.)

Aliénation. — Les aliénés en Irlande, par FÉRÉ. (*Rev. scientif.*, 5 décembre.) — Le nouveau projet de loi sur le régime des aliénés, par REBATEL. (*Lyon méd.*, 27 décembre.) — De l'examen général des aliénés, recherche des commémoratifs, par SÉGLAS. (*Mercredi méd.*, 9 décembre.) — De l'examen morphologique chez les aliénés et les idiots, par SÉGLAS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 3 et 4.) — Du pronostic des maladies mentales dans le jeune âge, par MOREAU DE TOURS. (*Ann. de psych. et d'hypnol.*, décembre.) — Des obsessions en pathologie mentale, par B. BALL. (*Médecine moderne*, 3 décembre.) — De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante, par SÉGLAS. (*Soc. méd. psych.*, 30 novembre.) — Des idées de grandeur chez les persécutés, par CHRISTIAN. (*Arch. de Neurol.*, novembre.) — Des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur, par SÉGLAS. (*Progrès médical*, 5 septembre.) — Mélancolie,

diagnostic et traitement, par PRITCHARD. (*Med. News*, 12 décembre.) — La dyspepsie des lypémaniaques, ses causes, son traitement, par GUIMBAIL. (*Ann. de psychiatrie*, octobre.) — Recherches sur quelques sensibilités chez les aliénés, par L. RONCORONI. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Sur la capacité crânienne et l'atrophie de l'encéphale chez les aliénés, par ALF. RICHTER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 2.) — Les lésions de la moelle spinale dans la démence, par PETRAZZANI et VASSALE. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — La dysmorphobie et la taphéphobie dans leurs rapports avec les formes semblables de folie du doute (paranoia rudimentaria), par E. MORSELLI. (*Riforma medica*, 14 août.) — L'acétonurie, la glycosurie et l'albuminurie dans la diarrhée par dégénération du plexus solaire chez les aliénés, par A. CRISTIANI. (*Ibid.*, 17 septembre.) — Les simulateurs, les aliénés condamnés par la justice, par MAGNAN. (*Bull. méd.*, 27 décembre.) — Essai sur le latéralisme chez les aliénés, par PARET. (*Thèse de Lyon.*) — Du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés, par RAMADIER et SÉRIEUX. (*Soc. de thérap.*, 9 décembre.) — La franklinisation dans les maladies mentales, par LADAME. (*Bull. soc. de médec. mentale de Belgique.*)

Alimentation. — Quelques mots sur les règles de l'alimentation, par HIRSCHFELD. (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin.)

Allaitement. — Histologie de la lactation, par FROMMEL. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juillet.) — Cécité temporaire durant l'allaitement, par NETTLESHIP. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XIII, 2.)

Amputation. — De l'ablation totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur, par BIÉTRIX. (*Thèse de Lyon.*) — Amputation du bras avec la clavicule et l'omoplate, par OSCHNER. (*Chicago med. reporter.*, août.) — Amputation interscapulo-thoracique pour un ostéosarcome des deux tiers supérieurs de l'humérus et de l'omoplate gauches, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 18.) — Désarticulation de la hanche pour sarcome du fémur, par SCHULZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 1127.) — L'amputation sous astragalienne et sa comparaison avec les amputations intracalcanéennes, par LEROUX. (*Thèse de Lyon.*)

Amygdale. — Œdème des paupières avec chémosis conjonctival double, consécutif à une compression des veines jugulaires (adénite amygdalienne avec tumeurs adénoïdes), par KALT. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — Syphilis secondaire de l'amygdale linguale, par LABIT. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Des polypes de l'amygdale, par LEJARS. (*Arch. de méd.*, décembre.) — Etiologie et traitement des hémorragies après l'amygdalotomie, par VAN HOLST. (*Œst. ungar. Cent. d. med. Wis.*, 11.) — Hémorragies consécutives à l'amygdalotomie et à l'extraction dentaire, attribuées à la cocaïne, par BUISSERET. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.)

Anatomie. — Les principes de la nomenclature anatomique, par WILDER. (*Med. News.*, 19 décembre.) — Traité d'anatomie pratique, par BOENNING. (In-8°, *Philadelphie.*) — Sur un procédé permettant de calculer la surface des organes en général et la surface du cerveau en particulier, par PAULIER. (*Soc. de biol.*, 21 novembre.) — Etudes sur la valeur de la théorie de la descendance, par H. BURMEISTER. (*Archiv für Physiologie*, p. 1.)

Anémie. — Sur la régénération sanguine dans l'anémie par destruction globulaire, par MYA. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Des souffles cardiaques anémiques; pathogénie et étiologie, par BOURY. (*Thèse de Bordeaux.*) —

Anémie pernicieuse, mort, par MADER. (*Wien. med. Presse*, 31, p. 1204.)

Anesthésie. — De l'anesthésie chirurgicale dans les hôpitaux de la marine, par ETOURNEAU. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Mécanisme de l'action des anesthésiques, par DUBOIS. (*Rev. gén. des sc.*, 15 septembre.) — Traité des inhalations anesthésiques, par HANKEL. (140 p., *Wiesbaden.*) — Remarques sur le travail de Zuckerkandl sur la chloroformisation, par LANZ. (*Cent. f. Chir.*, 12 décembre.) — De l'anesthésie par le chloroforme, par MODLINSKY. (*Med. Obosren.*, XXXVI, 18.) — Le chloroforme impur est-il dangereux? par RENÉ DU BOIS-REYMOND. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 décembre.) — De l'anesthésie par l'éther en obstétrique et en gynécologie, par EUGEN HOWALD. (*Thèse de Berne*, 1890 et *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte* p. 378, 1891.) — De la supériorité de l'éther sur le chloroforme dans les anesthésies chirurgicales, par CODJABACHEFF. (*Thèse de Montpellier.*) — Du brométhyle en chirurgie, par V. ZIEMACKI. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par BRANDENBERG. (*Correspondenz.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 350, 1er juin.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par GLEICH. (*Wiener klin. Woch.*, 31 décembre.) — 3 laparotomies, anesthésie locale combinée par l'éther et la cocaïne, par C.-L. SCHLEICH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 862, 31 août.) — Anesthésie locale par l'emploi combiné de l'éther et de la cocaïne, par C. SCHLEICH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1202, 14 décembre.) — Deux cas d'anesthésie générale cutanée et sensorielle sans complications psychiques marquées, par BERKLEY. (*Brain*, 56.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte par rupture transversale des portions internes de la paroi du vaisseau, par RECHT. (*Soc. anat.*, 18 décembre.) — Anévrisme volumineux de la crosse aortique, par TROJE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1219, 21 décembre.) — Anévrisme de la crosse aortique comprenant la bronche gauche, le nerf récurrent et l'artère pulmonaire chez un syphilitique, par KROENIG. (*Ibid.*, p. 733, 20 juillet.) — 1° Double anévrisme de l'aorte ascendante (crosse) et descendante; 2° anévrisme de l'aorte abdominale, laparotomie, mort par rupture du sac; 3° anévrisme de l'iliaque primitive avec cancer du côlon; ligature du bout périphérique, puis du bout central de la fémorale; mort par pneumonie septique due au contenu des cavernes, par SCHIMMELBUSCH. (*Ibid.*, p. 709, 13 juillet.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte; mort subite par syncope, par BRUNELLE. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 572.) — Signe trachéal dans l'anévrisme aortique, par DAVISON. (*Lancet*, 26 décembre.) — Anévrisme du tronc brachiocéphalique et de la carotide primitive traité par la ligature périphérique simultanée de la sous-clavière et de la carotide primitive droite, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 562 et *Médecine moderne*, 15 octobre.) — Anévrisme de l'artère dorsale du pied, par THORBURN. (*Brit. med. J.*, 28 novembre.) — 2 cas d'anévrisme traité par injections de liqueurs coagulantes dans le sac, par SMITH. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 253.) — Traité de la ligature des grosses artères, recherches sur la nature, le développement et le traitement des anévrismes, par BALLANCE et EDMUNDS. (In-8° *Londres.*)

Angine. — De la contagiosité et des complications pleuropulmonaires dans les angines aiguës, par CONSTANTINESCU. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Comment traiter une angine aiguë, par ELOY. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 773.) — Etiologie et prophylaxie des aphtes de Bedner, par P. BAUMM. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 840, 24 août.) — De la transmission de la fièvre aphteuse à l'homme, par SCHWENDT, SIEBENMANN, SIGMUND. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 442, 15 juillet.)

Angiome. — De l'angiosarcome, par Luecken. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 1129.)

Anthrax. — Extirpation de l'anthrax, par Riedel. (*Deut. med. Woch.*, 27.)

Antisepsie. — Petit formulaire des antiseptiques, par Adrian. (In-12, *Paris.*) — Isolement et antisepsie médicale à l'hôpital de Saint-Denis, par Dupuy. (*Progrès méd.*, 12 décembre.)

Anus. — Abcès aigu de la marge de l'anus, par Duplay. (*Union médicale*, 15 décembre.) — Anus imperforé avec rectum dilaté et hypertrophié, par Wright. (*Lancet*, 19 décembre.) — Anus artificiel à travers le muscle droit, par Weir. (*N. York surg. Soc.*, 27 mai.) — De l'anus artificiel, par Thomson. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 11 décembre.)

Aorte. — Rupture de l'aorte intrapéricardique, par Velluti. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 5.) — Un cas de rupture circulaire de l'aorte, par O. Ferraresi. (*Bull. Società lancisiana degli ospedali di Roma*, 24 mai 1890, p. 280.)

Appareil. — Corset pour fixer le rachis, par Whitman. (*N. York Acad. of med.*, 16 octobre.) — Tables d'opérations, lit de Trendelenburg, par Poncet. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 décembre.) — Sur les perfectionnements apportés au thermo-cautère, par Paquelin. (*Bull. de Thérap.*, 30 décembre.) — Du cathéter en caoutchouc vulcanisé, par Gueterbock. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 1.) — Thermorégulateur de nouvelle construction, par Altmann. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 24, p. 791.) — Nouvel appareil à stériliser pour les chirurgiens, par Braatz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 1090.)

Artère. — De la contraction provoquée du pouls artériel; contribution à la pathologie des artères, par Zaniboni. (*Riforma medica*, 15 juin.) — Du ramollissement cérébral après la ligature de la carotide primitive, par Zimmermann. (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 2.)

Articulation. — Arthrite tuberculeuse miliaire secondaire, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Arthrite suppurée du genou, ponction et injection intra-articulaire d'une solution étendue de sublimé, guérison, par Rendu. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 novembre.) — La coxalgie, attelles à traction latérale, par Phelps. (*Med. News*, 26 décembre.) — Sur la coxalgie puerpérale et ses suites, étude clinique expérimentale, par Paci. (*Arch. di ortoped.*, VIII, 6.) — Le diagnostic et le traitement de la coxalgie, par Gibney. (*Boston med. journ.*, 10 décembre.) — Atrophie dans les maladies articulaires, par Brackett. (*Ibid.*) — Quelles sont les indications de cesser le traitement mécanique des affections de la hanche, par Shaffer. (*N. York med. journ.*, 28 novembre.) — La synarthrose calcanéo-scaphoïdienne, par Jaboulay. (*Province méd.*, 14 novembre.) — De quelques interventions récentes pour arthropathies trophiques, par Chipault. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Du traitement des affections à épanchement du genou, par Defressine. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.)

Asphyxie. — Asphyxie symétrique des extrémités avec hyperidrose de la tête du côté droit, par de la Harpe. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 430, juillet.)

Asthme. — Hydrate de terpine dans le stade asthmatique de l'asthme des foins, par Loebinger. (*N. York med. journ.*, 12 décembre.) — Nouvelles

recherches sur le traitement de l'asthme des foins, par RIXA. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Pathologie de l'asthme bronchique, par V. NOORDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.)

Astigmatisme. — Annotation sur la vision astigmatique et sur sa concision dynamique, par REYMOND. (*Arch. ital. de biol.,* XVI, 2 et 3.)

Autoplastie. — L'autoplastie dans les mutilations et les difformités cicatricielles de la face, par SCHWARTZ. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Ectropion cicatriciel de la lèvre traité par l'autoplastie italienne, par BERGER. (*Bull. soc. de Chir.*, XVII, p. 735.) — Autoplastie de la région temporo-pariéto-frontale avec un lambeau brachial, par CECI. (*Gaz. d.ospit.*, 69.) — Les opérations plastiques des époques antérieures, par GURLT. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 805, 10 août.)

Avortement. — De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier, par SCHUHL. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril et *Arch. de tocol.*, janvier 1892.) — Avortement, par MC KEE. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Mort par pneumothorax consécutif à un avortement, par JONES. (*Med. News*, 12 décembre.) — Traitement de l'avortement, par KUPPENHEIM. (*Deutsche med. Woch.*, 53.) — Du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement, par VIBERT. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Traitement de la rétention du placenta consécutive aux avortements par les injections intra-utérines à 45-50°, par ROQUEPLO. (*Thèse de Lyon.*)

B

Bactériologie. — La bactériologie au XVIIIe siècle et aujourd'hui, par KIENER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 5 décembre.) — Les modifications des conceptions anatomo-pathologiques depuis l'apparition de la bactériologie, par BAUMGARTEN. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1168.) — Des bactéries, par MIGULA. (*Weber's natur. Biblioth.*, 2.) — De la structure des bactéries, par ZETTNOW. (*Cent. f. Bakt.*, X, 21.) — Analyse microbiochimique qualitative et quantitative, par BEYERINCK. (*Ibid.*, X, 22.) — Petites communications bactériologiques (modification à la seringue de Koch, filtration sur porcelaine de petites quantités de liquide; nouveau bacille-virgule; bacille de l'intestin ressemblant au bacille de Friedlaender), par SMITH. (*Ibid.*, X, 6, p. 177.) — Technique bactériologique (pipette graduée pour mesurer de petites quantités de liquides. Cellules pour la culture des anaérobies), par GABRITSCHEWSKY. (*Ibid.*, X, 8, p. 248.) — Contributions à la technique bactériologique (remplacement du bouchon de ouate. Appareil à filtrer la gélatine. La seringue à injection et à aspiration la plus simple), par SCHILL. (*Ibid.*, X, 20, p. 657.) — D'un nouveau milieu de cultures (graine de Jequerity) pour les bactéries, par KAUFMANN. (*Ibid.*, X, 2 et 3.) — Succédanés à l'agar et à la gélatine, par MARPMANN. (*Ibid.*, X, 4, p. 122.) — La gelée d'acide silicique comme substratum pour milieux de culture, par SLESKIN. (*Ibid.*, X, 7, p. 209.) — Communications pratiques (Appareil pour la solidification par le froid des plaques à cultures. Nouvelles cellules pour cultures. Filtre de terre glaise pour la filtration), par MARPMANN. (*Ibid.*,

X, 14, p. 458.) — Sur la culture des microbes dans les milieux colorés, par LEGRAIN. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 11.) — Nouvelle méthode de recherche des microrganismes pouvant exister dans les tissus vivants normaux, d'origine végétale ou animale, dans les tissus pathologiques ainsi que dans les sécrétions et dans les humeurs, par GALIPPE. (*Soc. de biol.*, 5 décembre.) — De quelques méthodes nouvelles pour la recherche tinctoriale des bactéries, par UNNA. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 773, 3 août.) De la résistance des bactéries aux hautes pressions combinées avec une élévation de la température, par SCHAFFER et DE FREUDENREICH. (*Ann. de microg.*, 20 décembre.) — Sur la possibilité de faire développer sur des milieux solides quelques espèces de bactéries liquéfiantes et caractères différentiels de ces diverses bactéries, par CONTI. (*Riv. d'igiene*, 18.) — De l'influence des mouvements du liquide sur la multiplication des microbes, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 1.) — Sur des recherches de Bouchard sur les actions vaso-motrices des produits bactériens, par GLEY. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Des relations des poisons bactériens avec l'immunité et la guérison, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.) — Préparation et action des extraits bactériens renfermant des protéines, par FRIEDRICH ROEMER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre.) — Action de l'acide sulfureux sur quelques bactéries pathogènes, par CASSEDEBAT. (*Rev. d'hyg.*, décembre.) — Action des microphytes sur les composés arsenicaux fixes, par GOSIO. (*Riv. d'igiene*, 19.) — Recherches sur la destruction des microorganismes par les cellules amiboïdes, par RUFFER. (*Lancet*, 26 décembre.) — Sur l'action des forêts sur les germes transportés par l'air, par SERAFINI et ARATA. (*Ann. d'Istit. d'igiene sper. Roma*, 1890 et *Hyg. Rundschau*, I, p. 178.) — Sur le pouvoir pathogène du sol de Padoue, par FRATINI. (*Giorn. soc. ital. d'igiene*, 7, p. 401.) — Sur un nouveau bacille pathogène de la poussière des parquets, par OKODA. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 13, p. 442.) — Bactéries de la viande crue, par KRAUS. (*Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. und Sanit.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, p. 353.) — Des bactéries de la putréfaction des organes et du sang des animaux morts, par TROMBETTA. (*Cent. f. Bakt.*, X, 20.) — Sur un microcoque produisant l'amertume du lait, par CONN. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 20, p. 653.) — Nouvelles recherches sur les variétés du diplocoque lancéolé, par P. FOA. (*La Riforma medica*, 23 novembre.) — Du diplocoque pneumonique et des bactéries de la septicémie hémorragique du lapin, par BONOME. (*Fortsch. d. Med.*, IX, 18.) — Contribution à l'étude des voies d'élimination du staphylococcus pyogenes aureus, par G. TIZZONI. (*Riforma medica*, 4 mai.) — Action de la créoline de Pearson sur les bacilles du charbon et du rouget des porcs, par S. SIRENA et G. ALESSI. (*Ibid.*, 11 août.) — Concurrence vitale entre les bactéries de la putréfaction et celles du charbon et du typhus, par FAZIO. (*Riv. internaz. d'igiene*, I, 10.) — Etude des conditions biologiques du bacille de l'œdème malin, par PENZO. (*Cent. f. Bakt.*, X, 25.) — Biologie du bacille de l'œdème malin, par PENZO. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3 et *Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Nouveau bacille de l'œdème malin, par KLEIN. (*Centralbl. f. Bakt.*, X, 6, p. 186.) — Sur les propriétés pathogènes du bacterium coli commune, par VIVALDI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 5.) — Note sur le rôle du bacterium coli commune dans l'infection urinaire, par ALI KROGUIS. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Sur un cas de suppuration produite par le bacterium coli commune par MUSCATELLO. (*Riforma med.*, n° 163.) — Du balantidium coli, par K. ORTMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 814, 17 août.) — Inoculation intraveineuse à des lapins du bacillus coli communis et du bacille typhique, par BLACHSTEIN. (*Bull. of John hopkins hosp.*, II, 14.) — Biologie comparée du bacille d'Eberth et du bacillus coli communis, par DUBIEF. (*Gaz. des

hôp., 24 octobre.) — Sur l'identité de la bactérie pyogène urinaire et du bacterium coli commune, par REBLAUB. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — Sur la bactérie commune des infections urinaires, par CHARRIN. (*Ibid.*) — Sur deux caractères différentiels entre le bacille d'Eberth et le bacterium coli commune, par WURTZ. (*Soc. de biol.*, 12 décembre.) — Sur les rapports du bacterium coli commune avec le bacterium pyogène des infections urinaires, par ACHARD et RENAULT. (*Ibid.*) — Sur une suppuration du rein due au bacillus coli communis, par RODET. (*Ibid.*, 19 décembre.)— Fonctions et races du bacille cyanogène, microbe du lait bleu, par GESSARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 12.) — Sur la diminution de l'oxygène du sang artériel dans la maladie pyocyanique, par CHARRIN, GLEY et LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — La recherche des bacilles tuberculeux dans l'expectoration, par EUGEN CZAPLEWSKI. (*Wiesbaden.*)

Bassin. — Sur le bassin vicié par excès d'amplitude, par C. FERRARESI. (*Riforma medica*, 8 octobre.) — Le traitement des formes graves de suppuration pelvienne par le tampon iodoformé intrapéritonéal, par BRIDDON. (*N. York. med. journ.*, 21 novembre.) — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale, par TERRILLON. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 606.)

Bec-de-lièvre. — Des origines de l'os intermaxillaire et de ses rapports avec la fente osseuse du bec-de-lièvre simple ou double, par LANNELONGUE. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 423, juillet.)

Béribéri. — Deux cas de béribéri avec présence de distoma crassum, d'ankylostome duodénal et autres parasites, par WALKER. (*Brit. med. j.*, 5 décembre.) — Discussion sur le béribéri à la Société médico-pharmaceutique de Berne. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 769, 15 décembre.) — Béribéri observé en Nouvelle-Calédonie sur un convoi d'Annamites. Transmission de la maladie à des Canaques. (*Arch. de méd.*, novembre-décembre.) — Les saignées dans les cas graves de béribéri, par M. MIURA. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 2.)

Biliaire. — De la bile à l'état pathologique, par LÉTIENNE. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — La bile et la formation des calculs biliaires, par DOCHMANN. (*Wien. med. Presse*, 31, p. 1197.) — Des méthodes d'examen des cholagogues et de leur action dans l'ictère catarrhal et la lithiase biliaire, par SIEGFRIED ROSENBERG. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 842, 24 août.) — Cas de maladie de Weill, fièvre bilieuse hépatique observés à la clinique d'Helsingfors, par SIEVERS. (*Finska lakar. handlingar,* XXXIII, 12.) — De la maladie de Weill, par A. PFUHL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 décembre.) — Note sur un cas de lithiase biliaire, par LÉTIENNE. (*Arch. de méd.*, décembre.) — Ictère intense sans obstruction apparente du canal cholédoque, par LÉPINE. (*Rev. de méd.,* novembre.) — Sur un cas de cancer de la vésicule biliaire simulant le cancer massif du foie, par MOREL et DAUNIC. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 10 décembre.) — La palpation de la vésicule biliaire, par J. RHEINSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 décembre.) — Cathétérisme des voies biliaires pour un cas de lithiase biliaire, par DELAGÉNIÈRE. (*Bull. soc. de Chir.*, XVII, p. 740.) — Cholécystotomie, par SOULIER. (*Dauphiné méd.,* 1er août.)

Biologie. — Sur deux mémoires relatifs aux effets entre la constitution chimique des corps et leur action biologique, par GLEY. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

Blennorragie. — Cultures pures du gonococcus de Neisser sur plaques, par

WERTHEIM. (*Deutsche med. Woch.*, 50.) — Blennorragie aiguë terminée et guérie par un abcès sous-urétral ouvert à l'extérieur, par LOUMEAU. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3.) — De la prostatite chronique d'origine blennorragique, par DESNOS. (*France méd.*, 48, p. 753.) — Périostite de la face interne du tibia et synovite des extenseurs de la jambe, d'origine blennorragique, par OZENNE. (*Bull. Soc. de Dermat.*, mars.) — Traitement de l'urétrite chronique, par SCHWENGERS. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 3.) — Traitement de la cystite aiguë blennorragique par l'essence de santal, par WICKHAM. (*Union médicale*, 5 décembre.) — Du traitement de la blennorragie chronique, par EMST KROMAYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 588, 15 juin.)— Les schizomycètes de la suppuration primitive et après l'emploi des injections curatives de l'urétrite, par RISSO et CAMPANA. (*Boll. Accad. med. Genova*, 4.)— Du traitement de l'épididymite blennorragique par le stypage, par FLEURY. (*Thèse de Lyon.*) — La pulvérisation phéniquée ; son application au traitement de l'orchite blennorragique, par THIÉRY. (*Gaz. méd. Paris*, 31 octobre.)

Bouche. — Deux cas de stomatite bromo-potassique traités avec succès par le chlorate de potasse, par MARANDON DE MONTYEL. (*Gaz. des hôp.*, 31 décembre.) — Etiologie de la stomatite aphteuse, par FORCHHEIMER. (*Med. News*, 28 novembre.)

Bronche. — Etude bactériologique de la broncho-pneumonie chez l'adulte et chez l'enfant, par NETTER. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Etude sur les lésions histologiques et les causes bactériennes de la broncho-pneumonie, par E. MOSNY. (*Médecine moderne*, 19 novembre.)— Cas de broncho-pneumonie où l'insufflation a enrayé des accidents d'asphyxie grave, par RENAULT. (*Progrès médical*, 19 décembre.)

C

Cadavre. — Etude historique et critique des embaumements avec description d'une nouvelle méthode, par PARCELLY. (*Thèse de Lyon.*)

Cancer. — Sur des injections de sucs de tumeurs épithéliales, par MORAU. (*Soc. de biol.*, 28 novembre.) — Les réactions des carcinomes et leur vertu curative, par ADAMKIEWICZ. (*Wien. med. Presse*, 30, p. 1170.) — Greffe de cancer sur des plaies fraîches, dans un cas d'hystérectomie vaginale, par SCHOPF. (*Wiener klin. Woch.*, 5 novembre.) — La guérison du cancer avec recherches personnelles, par ROBINSKI. (In-8°, *Berlin.*) — Traitement du carcinome par la pyoktanine, par BACHMAIER. (*Wien. med. Presse*, 36.)

Cartilage. — Sur la constitution du cartilage et l'origine des fibres élastiques dans le cartilage réticulé ou élastique, par S. PANSINI. (*Giornale Assoc. napoletana di medici*, p. 37.) — Les canaux nourriciers du cartilage hyalin, par SOLGER. (*Deutsche med. Woch*, 34, p. 1016.) — Chondrite costale aiguë avec staphylocoques, par DUMONT. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre, p. 771.)

Cellule. — Sur les plastidules fuchsinophiles (bioplastes d'Altmann) dans la

série animale, par Luigi et Zoja. (*Mem. ist. Lomb. di sc.* XVI, et *Arch. ital. de biol.* XVI, 1.) — Sécrétions cellulaires, cellules bactériennes, cellules de l'organisme, auto-intoxications, par Charrin. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Nouvelles communications sur la théorie des poisons et la phagocytose, par Sanarelli. (*Centralbl. f. Bakt*, X, 16, p. 513). — Relations entre le pouvoir moléculaire, la structure moléculaire et l'effet physiologique, par J. Gaule. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, 1890, p. 478.) — Apparition de la graisse dans les cellules et apparences qui en résultent, par J. Gaule. (*Ibid.*, 1890, p. 551.) — Physiologie des cellules pigmentaires, par S. Ehrmann. (*Centralblatt für Physiologie*, V, 14, p. 377.) — Changements de coloration des animaux inférieurs par l'action directe de la lumière sur les cellules pigmentées, par E. Steinach (*Ibid.*, V, 12, p. 326.) — Sur la nécrose de coagulation, par C. Weigert. (*Centralbl. f. path. Anat.*, 10 octobre.)

Cerveau. — Développement du corps calleux, par L. Blumenau. (*Verhandl. der Berlin. physiol. Gesellsch.*, 18 juillet 1890.) — Contribution à l'anatomie de l'insula de Reil, par C. Falcone. (*Giornale associaz. Napoletana di medici*, p. 82.) — Recherches sur le poids spécifique de l'encéphale dans les maladies, par Ducamp. (*Rev. de méd.*, nov.) — Disposition des veines cérébrales, contribution à la théorie de Hill sur la rotation de développement du cerveau, par Browning. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Sur le développement des prolongements de la pie-mère dans les scissures cérébrales, par Valenti. (*Atti. Soc. Toscana di sc. nat.*, XII.) — Les localisations cérébrales étudiées dans un cas d'hypnotisme, par Rainaldi. (In-4°, 332 p., *Foligno.*) — Les idées de Jackson sur les rapports entre l'esprit et le cerveau, par Prince. (*Brain*, 54 et 55.) — Phénomènes électro-moteurs dans le cerveau, comme manifestations de son état d'activité, par B. Danilewsky. (*Centrablatt für Physiologie,* V. p. 1.) — Recherches sur la circulation cérébrale pendant l'activité psychique, par de Sarlo et Bernardini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — La circulation cérébrale influencée par les réflexes des muqueuses, par Laker. (*Wiener med. Presse*, 25.) — Dégénération secondaire après l'extirpation des centres moteurs, par W. Sandmeyer. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 177.) — Les processus réparateurs du cerveau et du cervelet, par G. Sanarelli, (*Morgagni*, janvier.) — Remarques sur des cas de greffe du cerveau, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Sur l'état criblé du cerveau, par Vassale. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — Étude d'un cerveau sans circonvolutions chez un enfant de 11 ans et demi, par Zilgien. (*Journ. de l'anat.*, novembre.) — Observations anatomiques sur le cerveau et les organes des sens de l'aveugle sourde-muette Laura Bridgman, par Donaldson. (*Americ. j. of psychol.*, III, 3 et IV, 2.) — Le diagnostic de l'hémorragie cérébrale, par Eshner. (*Med. News*, 19 décembre.) — Pathogénie de l'apoplexie cérébrale, par E. Mendel et *discussion :* Senator, Virchow, Bernhardt. (*Berlin. klin. Vochens.*, p. 577 et 594, 15 juin.) — Autopsie d'un cas de myotonie spasmodique athétoïde, troubles diffus bilatéraux de la sensibilité ; méningite chronique de la convexité des deux hémisphères avec ramollissement cortical et sous-cortical, prédominance des lesions dans la région pariétale postérieure, par Mills. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Un cas de cécité verbale, par H. Secretan. (*Revue méd. Suisse romande*, décembre, p. 770.) — Un cas d'hémiopie et d'hémianesthésie avec hémiparésie et incoordination des mouvements par embolie, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 p., 595, 15 juin.) — Hémianopsie avec hallucinations dans la partie invisible du champ visuel, par Bidon. (*Rev. de méd.,* décembre.) — Deux cas d'aphasie amnésique avec recherches sur les lésions centrales de la parole et de l'écriture, par Lœwenfeld.

(*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 1.) — Sur un cas d'agraphie d'origine sensorielle avec autopsie, par Sérieux. (*Soc. de biol.*, 5 décembre.) — Un cas d'anesthésie et de troubles trophiques suites d'une lésion limitée au gyrus fornicatus et une partie de la circonvolution marginale ; remarques sur les centres trophiques et sensitifs dans l'écorce, par Savill. (*Brain*, 54 et 55.) — Hémorragie traumatique d'une veine de la pie-mère, compression de la circonvolution de Broca et de l'aire sensitivo-motrice de l'écorce, aphasie, hémiplégie droite partielle, trépanation, ablation du caillot, guérison, par Starr et Mc Burney. (*Brain*, 54 et 55.) — Un cas de méningocèle et d'hydrocéphalie monstre congénitale, par Immerwol. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, V, 5.) — Les modifications du cervelet dans l'hydrocéphalie, par Chiari. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1172.) — Tubercule récent du pont de Varole (déviation conjuguée des yeux) et masse tuberculeuse ancienne dans le cervelet, par Bristowe. (*Brain*, 54 et 55.) — Kyste hémorragique sous-cortical au-dessous des centres moteurs du bras et de la jambe, par Mills. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Tumeur cérébrale, par Handford. (*Brain*, 54 et 55.) — Symptômes psychiques précoces des traumatismes cérébraux, par Crothers. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 7 novembre.) — Trépanation pour une hémorragie de la base, guérison, par Smart. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.) — Coup de feu dans l'oreille, paralysie faciale, hémiplégie, obstruction de la carotide interne, par Duthil et J. Charcot. (*Soc. anat.*, 18 décembre.) — Diagnostic par l'électricité des traumatismes du cerveau et des nerfs, par Walling. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 14 novembre.)

Cervelet. — Absence du lobe médian du cervelet avec présence d'une fossette occipitale médiane, par Rossi. (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — Tumeur du cervelet, par Standthartner. (*Wien. med. Presse*, 29, p. 1133.)

Césarienne (op.). — Opération césarienne avec succès opératoire dans le cancer du col de l'utérus, par Porak. (*Nouv. arch. d'obst.*, 11.) — Une seconde opération césarienne avec amputation utéro-ovarienne et rentrée du pédicule, suivie de guérison, par Bossi. (*Riforma medica*, 30 octobre.) — Grossesse à terme chez une femme rachitique ; opération césarienne par la méthode de Sänger, fœtus extrait vivant, femme morte au 4e jour, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 12 septembre.) — Opération de Porro pour un rétrécissement du bassin par ostéomalacie, mort, par G. Cosentino. (*Sicilia medica*, 8, p. 546.) — Trois opérations césariennes fructueuses chez des ostéomalaciques, par Frank. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 757, 27 juillet.) — Technique et indications de l'opération césarienne, par Staude. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 1149.)

Chancre. — Remarques à propos de l'inoculation du chancre simple, par Coignet. (*Lyon méd.*, 6 décembre.)

Charbon. — Action du sang d'animaux réfractaires inoculés aux animaux susceptibles de contracter le charbon, par Serafini et Enriquez. (*Ann. dell' Istit. d'igiene*, I, 2.) — Pathogénie du charbon chez le cobaye et le lapin, par Frank et Lubarsch. (*Zeit. f. Hyg.*, XI, 2.) — Sur les effets de l'inoculation du charbon sur les centres nerveux, par Martinotti et Tedeschi. (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — Action de la dessiccation, de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse, par Momont. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 1.) — Recherches sur l'immunité contre le charbon produite au moyen des albumoses extraites des cultures, par Petermann. (*Ibid.*) — Sur la production des acides volatils dans la culture du bacille charbonneux, par Iwanow. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 2.) — Sur l'action du bacille

du charbon sur le chien ; forme noueuse capsulée que prend le bacille du charbon dans le sérum sanguin du chien, par N. Pane. (*Riforma medica*, 16 septembre.) — Sur les transformations du charbon organique dans les eaux et sur les variations des substances organiques de l'eau dosables par la méthode de Kubel, par G. Alessi. (*Riforma medica*, 7 octobre.) — Sur les produits toxiques du bacille du charbon, par S. Balp et T. Carbone. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Sur les dangers que le charbon fait courir aux ouvriers des différents métiers et sur les moyens propres à parer ces dangers, par A. Chauveau. (*Annales d'hyg. publ.*, décembre.)

Chimie. — Traité de chimie organique, par Theod Weyl. (*Berlin.*)

Chlorose. — Chlorose, influenza, transfusion, guérison, par Fanning et Williams. (*Lancet*, 28 novembre.) — Utilité des scarifications du col, chez les femmes chlorotiques, au point de vue du traitement de la chlorose, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 décembre.)

Choléra. — Influence de la dessiccation sur le bacille du choléra, par Guyon. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Étiologie et toxicologie du choléra asiatique, par F. Hueppe. (*Deutsche med. Woch.*, 53.) — Prophylaxie du choléra basée sur l'observation des épidémies de 1884 à 1887, par Gustav Helm. (*Centralblatt f. allg. Gesund.*, X et *Hygienische Rundschau*, I, 513, 1er juillet.) — Traitement du choléra notras par l'ingestion de grandes quantités d'eau, par Fiedler. (*Therap. Monats.*, décembre.)

Chorée. — Les affinités de la chorée, par Sturges. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Sur l'injection secondaire microbienne à staphylocoques dans la chorée, par Triboulet. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, décembre.) — Sur la chorée chronique progressive, nouvelle contribution clinique, par G. Mirto. (*Riforma medica*, 3 août.) — Chorée et rhumatisme, par G. Sée. (*Médecine moderne*, 22 octobre.) — De la chorée hystérique arythmique, par Auché. (*Progrès médical*, 5 décembre.) — De quelques formes de chorée; la chorée chronique héréditaire, par Schlesinger. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.)

Circulation. — Sur le balancement entre la circulation périphérique et la circulation profonde, par Wertheimer. (*Bull. méd. du Nord*, 19.) — Sur la genèse de la circulation collatérale, ses rapports avec l'influence nerveuse, particulièrement dans l'hexagone de Willis, par Cavazzani. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Traitement mécanique de certains troubles circulatoires, par Buys. (*Journ. de méd.*, *Bruxelles*, 20 novembre.)

Climat. — Étude sur le climat de Pau et du sud-ouest français, par Duhourcau. (Broch., *Toulouse*.)

Cœur. — Notes de technique opératoire et graphique pour l'étude du cœu mis à nu chez les mammifères, par François Franck. (*Arch. de phys.*, IV 1.) — La mobilité active et passive du cœur, par Tauszk et Vas. (*Wien. med. Presse*, 29, p. 1125.) — Influence de la température et la pression endocardiaque sur le cœur, et en particulier sur l'action du vague et des nerfs cardiaques sympathiques, par Stewart. (*Journ. of phys.*, XIII, 1. — Leçons sur les maladies de cœur, par O. Fraenkel. (II Endocardites et péricardites.) (*Berlin.*) — Du rythme couplé du cœur, par Lemoine. (*Semaine méd.*, 16 décembre.) — L'arythmie cardiaque, par A. Rémond (*Languedoc médical*, 20 novembre.) — Du bruit présystolique, par Canta-

LAMESSA. (*Riforma medica*, 5 mai.) — Du souffle présystolique inorganique de l'insuffisance aortique, par LESPÉRANCE. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Rétrécissement aortique avec roulement présystolique, par LEMOINE. (*Bull. méd. Nord*, 16.) — Tachycardie paroxystique, par BRANNAN. (*N. York acad. of med.*, 20 octobre.) — Lésions aortique et mitrale combinées. Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 15 décembre.) — Péricardite séro-fibrineuse, hypertrophie totale du cœur avec insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral, par A. CANTANI. (*Morgagni*, juillet.) — Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, insuffisance tricuspidienne, lésion complexe de la mitrale, avec prédominance du rétrécissement; symphyse complète du péricarde, infarctus hémorragiques, autopsie. Considérations sur le pouls veineux, par G. LIPARI. (*Riforma medica*, 5 septembre.) — Un cas d'insuffisance tricuspidienne, par GENERSICH. (*Pester med. chir. Presse*, 49.) — Rétrécissement de la tricuspide. Souffle au deuxième temps, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 10 novembre.) — Ichthyose chez un imbécile atteint de rétrécissement pulmonaire et dont la mère a une maladie organique du cœur, par EICHHORST. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 339.) — Cyanose congénitale par rétrécissement pulmonaire chez un sourd-muet dont la sœur est morte d'une affection congénitale du cœur, par EICHHORST. (*Ibid.*, p. 339, 1er juin.) — Du rétrécissement pulmonaire, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 12 septembre.) — Endocardite maligne avec embolie cérébrale et anévrisme sous-clavier, par ORMEROD. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 41.) — Endocardite à frigore, avec endoaortite caractérisée par la présence de pneumocoque, par CUZZANITI. (*Gaz. d. Ospit.*, 79.) — Endocartite infectieuse avec embolies des artères brachiales, poplitées et carotides, par LUSH. (*Lancet*, 19 décembre.) — Endocartite aiguë, hémorragie cérébrale, par TURNER. (*London path. soc.*, 1er décembre.) — Cœur pesant 800 grammes, hypertrophie et dilatation de toutes ses cavités, par MARTIN DURR. (*Bull. soc. anat., Paris*, novembre, p. 607.) — De l'influence du chloroforme, comme cause de la dilatation du cœur, par MACWILLIAM. (*Med. chronicle*, février.) — Emploi de la morphine dans les maladies du cœur, par HEVOUET. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — Le traitement des lésions valvulaires, par LIEBERMEISTER. (*Deustche med. Woch.*, 46, p. 1257.) — Du cancer secondaire du cœur, par PIC et BRET. (*Rev. de méd.*, décembre.)

Conjonctive. — De la kérato-conjonctivite d'origine naso-pharyngienne, par COUETOUX. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Un cas de conjonctivite membraneuse à marche anormale, par JOPHE. (*Westnik ophtalm.*, juillet.) — Des inflammations conjonctivales des nourrissons, par KOPFSTEIN. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 et 8.) — Les nouveaux traitements de la conjonctivite granuleuse, par A. TROUSSEAU. (*Médecine moderne*, 17 décembre.) — Le traitement du trachome, par MAKIEWSKI. (*Novosti terapi*, 17.) — Application de l'autoplastie conjonctivale à la cure chirurgicale du ptérygion, par CHIBRET. (*Arch. d'opht.*, novembre.)

Coqueluche. — Recherche sur la coqueluche, par ULLMANN. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 1.) — Inhalations contre la coqueluche, par BEALL. (*Presse méd. belge*, 15 novembre.) — Antipyrine dans la coqueluche, par SAWYER. (*Med. News*, 28 novembre.) — La naphtaline dans la coqueluche, par IVANOFF. (*Wratch*, 48.)

Cornée. — La forme de la cornée humaine et son influence sur la vision, par SULZER. (*Arch. d'opht.*, XI, 5.) — Influence du trijumeau sur la cornée, par J. GAULE. (*Centralblatt für Physiol.*, V, 15, p. 409 et 16, p. 450.) —

Epithelioma du limbe scléro-cornéen, par VALUDE. (*Soc. d'opht. Paris*, 1er décembre.)

Corps étrangers. — Trois observations de corps étrangers introduits dans les voies respiratoires, par LE GENDRE. (*Concours méd.*, 7 novembre.) — Épingle dans le larynx, par WAXHAM. (*North americ. practitioner*, III, 9.) — Chirurgie intra-thoracique, bronchotomie à travers les parois thoraciques pour les corps étrangers engagés dans les bronches, par DE FOREST VILLARD. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Corps étranger, épi de blé, passant à travers la trachée et venant sortir par un abcès de l'aisselle, par GOOD. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 251.) — Deux cas de corps étrangers de la gorge, par CHARAZAC. (*Ann. polycl. Toulouse*, novembre.) — Ablation d'un fragment d'acier de l'œil avec l'aimant, par FISHER. (*Therap. Gaz.*, 16 novembre.) — Fragments de verre logés dans l'espace poplité depuis 3 ans, par MONKS. (*Boston med. J.*, 19 novembre.) — Trois cas de corps étrangers dans le tube digestif, par SILVER. (*N. York med. journ.*, 12 décembre.) — Corps étranger de la vessie, tuyau de pipe, chez une jeune fille de 18 ans, extraction par l'urètre, par LOUMEAU. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3.)

Cou. — Casuistique des phlegmons profonds médians de la région cervicale antérieure, par KRONACHER. (*Münch. med. Woch.*, 44, p. 776.) — De la conduite à tenir dans les cas de phlegmons et abcès profonds du cou, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 773.) — Fistule congénitale du cou, excision, guérison, par G. CAVAZZANI. (*Riforma medica*, 7 octobre.)

Crâne. — Sur le développement de l'écaille occipitale et sur le mode d'origine des diverses formes des os interpariétaux et préinterpariétaux dans le crâne humain, par BIANCHI. (*Monit. zool. ital.*, II, 4 et *Arch. ital. de biol.* XVI, 1.) — Existence bilatérale et constante de deux points osseux orbito-sphénoïdaux pour l'ossification de la partie postérieure du cartilage de prolongement de l'orbito-sphénoïde (sphénoïde antérieur) chez la chèvre et le bœuf, par C. STAURENGHI. (*Riforma medica*, 3 septembre.) — Modifications de développement du crâne et du maxillaire chez les criminels, examen de crânes de criminels, par LYDSTON et TALBOT. (*J. amer. med. Ass.*, 12 décembre.) — Étude d'une série de crânes de criminels, par LYDSTON et TALBOT. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 décembre, p. 903.) — Crâniométrie chez quelques tribus du Pendjab, par HAVELOCK. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Tumeurs multiples de la peau du crâne (adénomes sébacés), par NASSE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 709, 13 juillet.) — Plaie du crâne avec lésion cérébrale ou accidents d'hystérie traumatique, par LE DENTU, (*Gaz. des hôp.*, 8 décembre.) — Fractures multiples de la base du crâne avec lésions étendues du temporal, fracture oblique de la base du rocher, otorragie abondante, par CAZENAVE. (*Bull. soc. anat. Paris*, novembre, p. 594.) — Trépanation primitive pour une fracture du crâne avec enfoncement ; hémorragie de la méningée moyenne arrêtée par le tamponnement, par CLAUDOT. (*Bull. soc. de chirurgie*, XVI, p. 825.) — Hémorragie intra-crânienne, trépanation, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 13 mai.) — Sur deux cas de trépanation du crâne pour épilepsie ; guérison, par T. TANSINI. (*Riforma medica*, 20 juin.) — Plaie pénétrante du crâne, pointe de l'arme restée dans la cavité, trépanation, guérison, par RICCI. (*Gaz. d. Ospit.*, 61.) — Trépanation du crâne pour aphasie motrice, par FOGLIANI. (*Ibid.*, 24.) — Transplantation osseuse dans une large perte de substance du crâne, par SCHOENBORN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.)

Cristallin. — Recherches expérimentales sur le développement en un court

espace de temps d'opacités cornéennes après l'opération de la cataracte, par MELLINGER. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Résorption spontanée intra-capsulaire d'une cataracte ancienne, par NATANSON. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, décembre.) — La maturité de la cataracte, et les cataractes supra mûres, par PANAS. (*Union médicale*, 24 novembre.) — Note sur un changement jusqu'à présent inconnu que subit le cristallin pendant l'accommodation, par TSCHERNING. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Anatomie pathologique et pathogénie de la cataracte centrale, par SCHIRMER. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII. 4.) — Étude de la cataracte zonulaire, par DUB. (*Ibid.*) — La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte, nouveaux faits à l'appui, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Rec. d'opht.*, octobre.) — Sur une complication post-opératoire de la cataracte de Morgagni, par MARTIN. (*Soc. d'opht. Paris*, 3 novembre.)

Cysticerque. — Des cysticerques du tissu cellulaire, par HAUGG. (*Thèse Erlangen*, 1890.)

D

Daltonisme. — Deux cas d'achromatopsie totale, par QUERENGHI. (*Ann. d'ocul.*, novembre.)

Démographie. — La mortinatalité dans le département des Côtes-du-Nord-par PAUL AUBRY. (*Annales d'hyg. publ.*, avril.) — Statistique médicale de la ville de Wurtzbourg en 1889, par ROEDER. (*Verhand. phys. med. Ges. Würzburg*, XXV, 7.)

Dent. — Développement des dents chez l'homme, par ROESE. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 4.) — Dents surnuméraires dans la région molaire, par TURNER. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Des abcès dentaires, par EYSSAUTIER. (*Dauphiné méd.*, 1er octobre.) — Hygiène des dents et de la bouche, par DAM. (In-16, 142 p., Paris.)

Désinfection. — Désinfection des mains, par KELLY. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Valeur nulle du désinfectant dit ozaline, par H. WELLER. (*Chem. Ztg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, I, 578, 15 juillet.)

Diabète. — Recherches récentes sur le diabète ; pathologie du pancréas, par TYLDEN et MILLER. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 71.) — Des travaux récents relatifs à la pathogénie de la glycosurie et du diabète, par LÉPINE. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Diabète sucré avec altération du pancréas, par TOLLEMER. (*Soc. anat.*, 11 décembre.) — Polyurie ; glycosurie ; mort; lithiase pancréatique, par SOTTAS. (*Soc. anat.*, *Paris*, novembre.) — Diabète pancréatique datant de quatre ans et demi ; atrophie du pancréas et des capsules surrénales, par THIROLOIX. (*Bull. Soc. anat. Paris*, p. 583, novembre.) — De l'intensité de la glycosurie dans le diabète, par C. POSNER et H. EPENSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 649

29 juin.) — Vacuolisation du foie dans le diabète sucré vrai, par E. Hache (*Union méd. du Nord-Est*, 11.) — Autopsie d'un cas de coma diabétique offrant les lésions rénales de Fichtner (dégénération graisseuse spéciale de l'épithélium), par Senator. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 705, 13 juillet.) — De la valeur pratique de l'épreuve de Trommer rigoureusement pratiquée dans le diabète, par Jastrowitz. (*Ibid.*, p. 685, 6 juillet.) — Diabète salivaire, par Tobaldo. (*Raccoglitore med.*, 10 octobre.) — Un cas de diabète à la suite d'émotion vive, par Max Flesch. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 40, p. 986, 5 octobre.) — Les accidents nerveux du diabète ; séméiologie générale, par A. Rémond. (*Languedoc médical,* 18 décembre.) — Association du tabes avec le diabète sucré, par Guinon et Souques. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — De quelques manifestations oculaires du diabète, par Martin. (*Thèse de Montpellier.*) — Influence des hydrates de carbone sur le catabolisme protéique ; applications au diabète, par Lusk. (*N. York med. journ.*, 5 décembre.) — Traitement du diabète par l'opium et l'arsenic, par Portalier. (*Thèse de Montpellier.*) — Le traitement diététique du diabète sucré, par Chéron. (*Union méd.*, 8 octobre.) — Tumeur de l'infundibulum ; diabète insipide, par Standthartner. (*Wien. med. Presse* n° 29, p. 1132.)

Digestion. — Influence de quelques médicaments sur la digestion de l'albumine, par Otto Mugdan. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 788, 10 août.) — Digestion de l'amidon chez les chiens, par Ellenberger et Hofmeister. (*Arch. für Anat. und Physiol.*, p. 212.) — Manière dont se comportent les enzymes digestifs en présence des élévations de température, par E. Biernacki. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 49.)

Diphtérie. — Notes sur une épidémie de diphtérie, par Wetherell. (*Lancet* 26 décembre.) — La répartition de la diphtérie dans le Massachussets, par Abbott. (*Boston. med. j.*, 26 novembre.) — Étude de 45 cas de diphtérie, par Pace. (*Times and register*, 6 juin.) — La diphtérie à l'hôpital général, par Garcia y Mansilla. (*Rev. clin. de los hospit.*, 28.) — Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur le croup et la diphtérie, par Middeldorpf et Goldmann, (44 p., *Iéna.*) — Invasion du bacille de la diphtérie dans les tissus sous-cutanés, par Spronck. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 1.) — Des altérations du myocarde dans la diphtérie et spécialement de la myocardite interstitielle aiguë, par Savigné. (*Thèse de Lyon.*) — Croup à l'âge de 60 ans; mort malgré le tubage, par Waxham. (*North americ. practitioner*, III, 9.) — Un cas de croup d'emblée, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 15 décembre.) — Diphtérie laryngée; son traitement, par Rosenberry. (*Therap. Gaz.*, 16 novembre.) — Le traitement de l'angine diphtéritique dans les hôpitaux d'enfants à Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.,* 2 décembre.) — Les derniers traitements de la diphtérie, par Mengeaud. (*Soc. de méd. de Nice*, 20 novembre.) — Du traitement de la diphtérie et du croup, suivi d'une étude sur les cas de diphtérie observés à l'hôpital cantonal de Genève de 1879 à 1889, par V. Gilbert. (*Genève,* et *Revue médic. Suisse romande*, XI, 435, juillet.) — Sur le traitement de la diphtérie, par L. Concetti. (*Bullettino della Societá lancisiana degli ospedali di Roma*, p. 253, 24 mai 1890.) — Traitement de la diphtérie, par Baginsky. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 1.) — Trachéotomie pour croup sur une jeune fille de 18 ans; mort huit heures plus tard. Généralisation des fausses membranes dans l'arbre bronchique, par Mercier et Eug. Revilliod. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 362, juin.) — Traitement de la diphtérie, par Struebing. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1299.)

Dysenterie. — Quelques observations microscopiques et bactériologique

faites durant une épidémie d'entéro-colite dysentérique, par Maggiora. (*Gaz. Accad. med. di Torino*, 7, et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.)— Un cas de dysenterie amœbique, par Gerry et Fitz. (*Boston med. j.*, 3 décembre.) — Dysenterie aiguë ; hépatite suppurée ; ouverture par la méthode de Little, par Gauvy. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.)

E

Eau. — Apppareil pour recueillir l'eau pour les examens bactériologiques, par Dixon. (*Times and register*, II, 17.) — Examen bactériologique de l'eau, par Kral. (*Prager med. Woch.*, 42.) — Recherches bactériologiques sur l'eau du golfe de Naples, par Marcantonio. (*Giorn. int. d. sc. med.* 14). — Sur la couleur de l'eau. Recherches de physique appliquée à la biologie, par G. Huefner. (*Archiv für Physiologie*, p. 88.) — Des eaux ferrugineuses, de la nappe souterraine et de leur emploi dans la consommation, par B. Proskauer. (*Hygienische Rundschau*, I, 501, 1er juillet.)

Eaux minérales. — Eaux minérales naturelles autorisées de France et d'Algérie, par Egasse et Guyenot. (In-8°, 600 p. Paris.) — Des eaux de Salies-de-Béarn; origine et composition chimique, mode d'action, etc., par Lissonde. (In-8°, 114 p. Pau.) — Sur les eaux minérales de Capvern, par Claverie. (34 p., Bagnères-de-Bigorre.) — Des eaux minérales dans leurs rapports avec le chimisme stomacal, par Boret. (In-8°, 19 p., Clermont.)

Éclampsie. — Étude de l'éclampsie d'après 81 cas, par Goldberg. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 3.) — Lésions dans un cas d'éclampsie, infarctus du foie, par Lubarsch. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Anatomie pathologique de l'éclampsie, par Schmorl. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 680, 6 juillet.) — Deux cas de mort rapide dans l'éclampsie puerpérale, par S. Remy. (*Revue méd. de l'Est*, 24, p. 737.) — De l'éclampsie puerpérale, sa fréquence, ses formes, sa gravité à Lyon, par Azaïs. (*Thèse de Lyon.*) — Cinq cas d'éclampsie puerpérale; étude de la température et des urines, par Herman. (*Trans. obstr. Soc. London*, XXXIII, p. 315.) — Traitement de l'éclampsie par l'opération césarienne et par la morphine, par Lœhlein. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 680, 6 juillet.)

Eczéma. — Étiologie des eczémas, par Brocq. (*Semaine méd.* 2 décembre.) — Diagnostic et traitement des formes infectieuses de l'eczéma, par Eddowes. (*Brit. med. J.*, 19 décembre.)

Électricité. — Recherches d'électrothérapie, la voltaïsation sinusoïdale, par d'Arsonval. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Résistance opposée par le corps humain au passage des courants faradiques, par Von Frey. (*Cent. f. klin. Med.*, 28.) — Dosage de la quantité d'électricité dans l'emploi des bains hydro-électriques dipolaires, par Wjasemsky. (*Deut. Arch. f. klin. Med.* XLIX, p. 60). — Effets catalytiques du courant galvanique, par Moritz Meyer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 767, 3 août.) — Expériences sur

la ventouse électrique, par Freund. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juillet.) — Quelques explications pratiques de l'électrolyse, par Perregaux. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 425, 15 juillet. — L'électrothérapie, sa méthode et ses indications, par Vigouroux. (*Progrès méd.*, 17 octobre.) — Méthodes d'application de l'électrothérapie, par Weiss (*Cent. f. ges. Therap.*, X, 1.) — L'emploi de l'électricité en gynécologie, par Arendt. (*Deutsche med. Wochs.*, 50.) — Emploi de l'électricité en gynécologie, par Aust-Lawrence et Newnham. (*Brit. med. J.*, 28 novembre.) — La méthode d'Apostoli, sa technique, par Burrage. (*Boston med. J.*, 20 novembre. — Nouvel électroscope pour l'urètre, le vagin, l'oreille, le nez et le rectum, par Léopold Casper. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 844, 24 août.)

Éléphantiasis. — Quatre cas d'éléphantiasis congénitale héréditaire, par M. Nonne. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXV, 1.)

Embolie. — Sur le transport rétrograde, par J. Thomayer. (*Archiv f. pathol. Anat.*, 25, 1.)

Embryologie. — L'inversion des feuillets blastodermiques chez le rat albinos, par Christiani. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Sur le développement du mésenchyme et du pronéphros chez les sélaciens, par Laguesse. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — Sur le développement des ampoules de Lorenzini, par Coggi. (*Arch. ital. de biol.* XVI, 2 et 3.) — De la position de l'utérus chez l'embryon, par Nagel. (*Arch. f. Gynæk.*, LXI, 1 et 2.)

Empoisonnement. — Anatomie pathologique de l'empoisonnement aigu par l'arsenic, par Hektoen. (*Chicago med. legal Soc.*, 3 octobre, et *Journ. americ. med. Ass.*, 21 novembre.) — Etude médico-légale de l'empoisonnement par l'arsenic, par Neely. (*Ibid.*) — De l'empoisonnement aigu par l'arsenic, par Nelson, Wescot et Mayer. (*J. of americ. med. Assoc.*, 14 novembre.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par Lannois. (*Lyon méd.* 22 novembre.) — Empoisonnement aigu par l'acide nitrique, par Tollemer. (*Soc. anat.*, décembre, p. 670.) — Empoisonnement par le phosphore, symptômes mentaux, lésions cérébrales, par Elkins et Middlemass. (*Brit. med. J.*, 19 décembre.) — Empoisonnement par la paraldéhyde, par Mackenzie. (*Brit. med. J.*, 12 décembre.) — Lésions anatomiques de l'empoisonnement chronique par la sphacéline, par Abraham Grünfeld. (*Kobert's Arbeiten des pharmakolog. Instituts zu Dorpat*, IV.) — Un cas d'empoisonnement par le dermatol, par Weismueller. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre.) — Trois cas d'empoisonnement par la cocaïne, par Lorenz. (*Cent f. Gynæk.*, 19 décembre.) — Empoisonnement par le cannabis indica, par Hamaker. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Plusieurs cas d'intoxication par les graines de ricin, par Wolfsohn. (*Wratch*, 14 novembre.) — De la contracture liée à l'intoxication par le sulfure de carbone, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 novembre.) — Empoisonnement collectif à l'asile d'aliénés de la Waldau (Berne), par injection de viande corrompue, par Von Speyr. (*Corresp. Blatt. f. Schweitz. Aerzte*, 15 décembre.)

Enfant. — Insuffisance des hôpitaux berlinois pour enfants du premier âge, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 juillet.) — Etude sur l'élevage artificiel des enfants nés avant terme ou faibles, nouvelle couveuse, par Roux. (*Thèse de Montpellier.*) — Suppression du maillot; élevage dans le son, par François Hue. (*Annales d'hyg. publ.*, XXVI, 21 juillet.) — Alimentation des enfants, par Friedinger. (*Vien. med. Woch.*, 45.) — Un cas d'amblyopie suite de terreur, par Gartenmeister. (*Jahrb. f. Kinderh.*,

XXXIII, 1 et 2.) — Les parésies bilatérales et pseudoplégies de l'enfance, types d'origine paludique, par Browning. (*Americ. J. of med. sc.*, décembre.) — Hypertrophie et dilatation du cœur dans l'adolescence ou ectasie cardiaque de croissance, par Blache. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — De la rareté des souffles inorganiques chez les enfants du premier âge, par Durand. (*Thèse de Lyon.*) — De la pneumonie infantile d'après 70 observations, par Perret. (*Province méd.*, 12 décembre, et *Lyon méd.*, 13 décembre.) — La pneumonie dans l'enfance et l'adolescence, par Holt. (*Arch. of pediat.*, novembre.) — Des diarrhées infectieuses chez les enfants, par Macé et P. Simon. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 771.) — De l'entérite chez les enfants et de son traitement, par Schtein. (*Thèse de Paris*, 9 décembre.) — Des hémorragies viscérales chez les nouveau-nés, analyse de 130 autopsies, par Spencer. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIII, p. 203.) — Le gros ventre chez l'enfant, par Baumel. (*Union méd.*, 17 septembre.) — Invagination du gros intestin chez une fillette de 10 mois, par Settegast. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 853, 24 août.) — Sarcome encéphaloïde de l'intestin grêle et du mésentère chez un enfant de 5 ans, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 décembre.) — Gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant, par Hennecart. (*Bull. méd. Nord*, 17.) — Le zona chez les enfants, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 20 novembre.) — Goitre chez un nouveau-né, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 20 décembre.) — La scrofule chez l'enfant, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier,* 26 décembre.) — Étude, sur 1,000 nouveau-nés, des affections du cordon et de l'infection générale qui en peut résulter, par Eröss. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 3.) — Sous-nitrate de bismuth pour pansement du cordon ombilical, par Stuart. (*Med. News.*, 19 décembre.) — Les grandes indications thérapeutiques chez l'enfant, par Sevestre. (*Union méd.*, 8 septembre.) — Un cas rare de mal de Pott chez l'enfant, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 28 novembre.) — Du traitement de l'ankylose du coude chez les enfants, par Ollier. (*Lyon méd.*, 6 décembre.) — De la fracture de la rotule chez les enfants, par Lenoir. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pseudarthroses chez les enfants, par d'Arcy Power. (*Royal med. and chir. Soc.*, 8 décembre.)

Épilepsie. — Pronostic dans l'épilepsie, par Wilmarth. (*Med. News*, 12 décembre.) — Les épilepsies, par du Pasquier. (*Bull. méd.* 9 décembre.) — Sur les modifications de la pupille chez l'épileptique, l'hystérique et l'hystéro-épileptique, par Bosc. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Atrophie cérébrale chez un épileptique, par Viallon. (*Lyon méd.*, 6 décembre.) — De l'emploi du borate de soude dans l'épilepsie, par Cure. (*Thèse de Montpellier.*) — Contribution à l'étude de la trépanation dans les cas d'épilepsie traumatique, par V. Marchesano. (*Sicilia medica*, p. 373.) — Épilepsie jacksonienne ; trépanation, ablation d'une petite tumeur et excision de l'écorce, par Mills et Keen. (*Americ. J. of med. sc.*, décembre.) — Trépanation pour épilepsie traumatique, par Mc Cosh. (*N. York Acad. of med.*, 9 novembre.) — Trépanation du crâne pour épilepsie traumatique ; guérison, par Lebrun. (*Presse méd. belge*, 44.) — Trois cas d'épilepsie traumatique ; trépanation, par Pick. (*Lancet*, 28 novembre.) — Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par Mairet. (*Progrès méd.*, 10 octobre.)

Érysipèle. — La non-spécificité de l'érysipelcoccus, par Frænkel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 1225.) — Érysipèle et otite moyenne aiguë suppurée, par Würdemann. (*Med.. News*, 21 novembre.) — Du traitement et d'un nouveau remède de l'érysipèle, par Cavazzani. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 4.) — Traitement de l'érysipèle par l'ichthyol, par Rosenberg.

Orvosi hetilap, 24.) — Traitement de l'érysipèle, par Sachs. (*Therap. Monats*, décembre.)

Érythème. — Érythème kératode palmaire et plantaire, par Brooke. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 3.) — Érythème mercuriel scarlatiniforme, par Ramilly. (*Union méd.*, 6 octobre.) — Exanthème acnéiforme chronique des membres suivi de cicatrices, par Isaak. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 829, 17 août.)

Estomac. — Direction de l'estomac, par Reynier et Souligoux. (*Soc. anat.*, 18 décembre.) — L'acide chlorhydrique combiné du suc gastrique, par Hoffmann. (*Centrbl. für klin. Med.*, 42.) — Remarques sur les évaluations de l'acidité du contenu gastrique, par H. Leo. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 1146.) — Le chimisme stomacal et le traitement des maladies de l'estomac, par Chéron. (*Union médicale*, 10 novembre.) — La sécrétion chlorée de l'estomac, par Cavallero et Riva-Rossi. (*Gaz. med. di Torino*, 30.) — Une méthode de dosage des albuminoïdes dans le suc gastrique, par S. Rivarocci. (*Giornale R. Accad. di med. Torino*, septembre.) — Contribution à l'étude du chimisme stomacal chez les enfants rachitiques, par E. Meusi. (*Giornale Accad. di med. Torino*, novembre, p. 952.) — Remarques sur l'article de Rosenheim à propos de la détermination de l'HCl du contenu gastrique, par Boas. (*Deutsche med. Woch.*, 51.) — Critique de la méthode de Hayem-Winter; de la proportion de l'HCl libre et de l'HCl combiné dans le contenu gastrique, par Mintz (*Ibid.* 51.) — Les maladies nerveuses de l'estomac par Cimbali. (*Morgagni*, janvier.) — L'estomac et le corset, déviations, troubles fonctionnels provoqués par le corset, par Chapotot. (*Thèse de Lyon.*) — Symptômes cardiaques dans l'ulcère de l'estomac par Ord. (*London med. Soc.*, 7 décembre.) — Double ulcère perforant de l'estomac; mort par péritonite suraiguë, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, novembre.) — Cas d'érosion peu habituel de l'estomac, par R. Langerhans. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXXIV, 2.) — Sur l'érosion hémorragique de la muqueuse de l'estomac dans les gastrites, par Pilliet. (*Soc. anat.*, 18 décembre.) — Pronostic de l'ulcère simple de l'estomac, par Habershon. (*Suppl. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 149.) — Quelques cas de dilatation de l'estomac, par Cutler. (*Boston med. J.*, 3 décembre.) — Dilatation aiguë de l'estomac, par Hood. (*Lancet*, 19 décembre.) — Ramollissement par embolie chez une femme atteinte de cancer latent de l'estomac, par Neusser. (*Wien. med. Presse*, 35.) — Étude anatomo-pathologique du carcinome de l'estomac, par Duprez. (*Thèse Genève.*) — Un cas de mort subite dans le cancer de l'estomac, vomissements, irruption des matières dans les bronches, par Surmont et Patoir. (*Ann. de méd.*, 2 décembre.) — Sur l'action du bromure de strontium dans les affections de l'estomac, par G. Sée. (*Bull. Acad. méd.*, 27 octobre.) — Étranglement de l'estomac (en forme de sablier), consécutif à un ulcère colossal, par Saundby. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1183.) — De la chirurgie de l'estomac, par C. Lauenstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 1005. — Traitement chirurgical de la gastrectasie, par Heinrich Bircher. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Plaie de l'estomac par balle de revolver; guérison sans intervention chirurgicale, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 575.) — De la gastrectomie, par Hahn. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 853, 24 août.) — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Meyer. (*N. York surg. Soc.*, 13 mai.) — Gastrostomie par le procédé de Hacker, par Weir. (*Ibid.*, 27 mai.)

F

Face. — Le tubercule et la fossette mandibulaires, par SUTTON. (*Lancet*, 28 novembre.) — De l'asymétrie faciale fonctionnelle, par ONANOFF, (*Soc. de Biol.*, 19 décembre.) — Hémiatrophie faciale avec atrophie du bras, par DE CÉRENVILLE. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 413, juillet.) — Hémiatrophie faciale expérimentale, par H. GIRARD. (*Ibid.*, XI, 344, juin.) — Remarques sur le mémoire de M. Girard, par M. SCHIFF. (*Idem*, 410, juillet.) — Hémiatrophie faciale progressive, par POPOFF. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Un cas de dermographie de la face, par CHOUPPE. (*Soc. de biol.*, 21 novembre.)

Fèces. — Sur un cas de défécation par la bouche, par DESNOS. (*Soc. méd. des hôp.* 27 novembre.)

Fièvre. — La fièvre de montagne en Perse, par J. ALBU. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 661 et 682, 29 juin et 6 juillet.) — Traitement de la fièvre entérique par la liqueur de soude chlorée, par PEARSON. (*Lancet*, 5 décembre.)

Fièvre jaune. — Les inoculations par les mouches de Finlay, par STERNBERG. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.)

Fistule. — Fistule vésico-vaginale, calcul à centre formé par un fil d'argent taille hypogastrique, fermeture de la fistule, par HARTMANN. (*Soc. anat.*, décembre, p. 666.)

Foie. — Formation du glycogène dans le foie, par E. NEBELTHAU. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 138.) — Appauvrissement artificiel du foie en glycogène, par A. SLOSSE. (*Archiv für Anat. und Phys.*, Suppl. Band, 1890, p. 162.) — Observations expérimentales sur la ligature de l'artère hépatique, par DE DOMINICIS. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Action du foie sur la strychnine, par ROGER. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Le foie cardiaque, par POTAIN. (*Union médicale*, 3 décembre.) — Diagnostic et traitement de l'insuffisance hépatique, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 765.) — D'un amibe trouvé dans les abcès du foie, la dysenterie et la gangrène nosocomiale, par NASSE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Sur un cas de cirrhose hépatique paludique ; du souffle veineux épigastrique, par BORDONI. (*Sperimentale,* 15 novembre.) — Sur un cas de cirrhose hypertrophique avec phénomènes d'intoxication cholémique bulbaire,par GHERARDI (*Rev. gen. ital. di clin. med.*, 5 et 6, supplém.) — Cirrhose parasitaire, par CAZIN. (*Bull. Soc. anat.*, décembre, p. 657.) — Contribution à l'étude des diverses formes d'hépatite, par A. TESTI. (Un cas de cirrhose mixte à marche rapide et un cas de cirrhose atrophique par oblitération permanente du canal cholédoque.) (Broch. in-8°, *Faenza*, 1890.) — Hépatite nodulaire, par ROLLESTON. (*London path. Soc.*, 1er décembre.) — Abcès multiples angiocholitiques du foie, tuberculose généralisée, adénopathie trachéo-bron-

chique, colique appendiculaire simulant une perforation intestinale, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 novembre.) — Abcès hépatique suivi d'abcès sous-diaphragmatique, empyème, par G. Mancano. (*Riforma medica*, 26 septembre.) — Des abcès du foie, par W. Dudly. (*Thèse de Zurich.*) — Traitement des abcès hépatiques, par Macleod. (*Brit. med. Journ.*, 26 décembre.) — Hépatotomie pour abcès central du foie, par Sante Marino Zuco. (*Bull. Societa Lancisiana degli Ospedali Roma*, 22 juin 1890, p. 381.)—Cholélithiase suppurée ; résection costale, incision de la plèvre et d'un abcès sous-diaphragmatique ; persistance des accidents ; cholécystotomie ; incision et drainage d'un abcès du foie ; fistule biliaire consécutive ; cholécystentérostomie à défaut de la possibilité d'ouvrir le cholédoque, par W. Koerre. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 24, p. 594, 15 juin 1891.) — Étude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie, par Pilliet. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Angiome du foie, par Hanks. (*N. York. Acad. of med.*, 16 décembre.)

Fracture. — Les fractures du coude, par Lewis A. Stimson. (*Mercredi méd.*, 25 novembre.) — Fracture du tiers supérieur du fémur, par Allis. (*Med. News*, 21 novembre.) — De l'extension continue combinée avec l'appareil plâtré, son application aux fractures du fémur et aux affections articulaires de la hanche, par Marthiens. (*Thèse de Bordeaux.*) — Trois cas de fracture comminutive de la rotule, suture des fragments, par Cabot. (*Boston med. j.*, 19 novembre.) — Fracture de la rotule, nouvelle méthode de suture, par Kittredge (*Ibid.*) — Des fractures de la rotule, par von Bergmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 805, 10 août.) — De la fracture transversale de la rotule et de son traitement, par A. Salomoni. (*Riforma medica*, 4 août.) — La compression élastique et le massage dans le traitement de la fracture transversale de la rotule, par A. Buonomo. (*Ibid.*, 17 août.) — Sur le traitement des fractures de la rotule, par Richelot. (*Union méd.*, 15 octobre.)

Fulguration. — Étude des paralysies par coup de foudre, par V. Limbeck. (*Prager med. Woch.*, 13.) — Myélopathie produite par la foudre, par R. Massalongo. (*Riforma medica*, 13 novembre.) — Des lésions produites par la foudre, par Ebertz. (*Deutsche med. Woch.*, nº 36, p. 1048.)

G

Gangrène. — Deux cas de gangrène de la bouche, par Masterman. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 205.)

Gelure. — Des engelures anormales, par Guérin. (*Thèse de Bordeaux.*)

Génitaux (Org.) — Histoire de la circoncision depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, par Remondino. (*In*-8º, *Philadelphie.*) — Endocardite à la suite de la circoncision, par Czerny. (*Prager med. Woch.*, 39.) — Pigmentation de la verge chez un nègre après la circoncision, par Shattock. (*London path. Soc.*, 1, décembre.) — Sclérose des corps caverneux, par

Perrin. (*Marseille Méd.*, 16.) — Posthioplastie après gangrène du prépuce et d'une partie de la peau de la verge, par Buengner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — De la gangrène consécutive à la balano-posthite chancrelleuse, par Letrosne. (*Thèse de Bordeaux.*) — Posthite chronique, d'aspect leucoplasique, par Perrin. (*Ann. de dermat.*, III, 1.) — Traitement des maladies sexuelles de la femme, par Thure Brandt. (*Berlin.* — Galvanisme dans le prurit vulvaire, par Cholmogoroff. (*Med. Obosren.*, 13.)

Glaucome. — Traité du glaucome, par Fenet. (2e *édit.*, *Paris.*) — Trois observations de glaucome, par P. Randolph. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 septembre.) — Traitement du glaucome, par Collins. (*Roy. London. Opht. hosp. Rep.*, XIII, 2.)

Goût. — Localisation des centres du goût dans l'écorce cérébrale, par Scherback. (*Centrablatt. für Physiol.*, V, 11, p. 289.)

Goutte. — Périostite goutteuse, par Garrod. (*Lancet*, 12 décembre.) — La pipérazine dans la goutte et les affections calculeuses, par Biezenthal et A. Schmidt. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 décembre.) — Sur l'emploi de l'acide lactique comme moyen prophylactique des attaques de goutte, par Bérenger-Féraud. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.)

Greffe. — Nouvelle méthode de greffe cutanée, par Morrow.(*N. York med. journ.*, 12 décembre.) — Deux cas de greffes cutanées pour ectropions cicatriciels ; un cas de greffe de la conjonctive d'un lapin pour symblépharon, par P. Silex.(*Berlin. klin. Wochens*,, p. 721, 20 juillet.) — Transplantation des grands lambeaux cutanés suivant la méthode de Wolfe de Glascow et autoplastie suivant la méthode italienne, par A. Ceci. (*Riforma med.* 20 août,) — Transplantation de peau de grenouille sur des plaies humaines, par Reverdin. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — De la greffe osseuse, par von Bergmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 853, 24 août.) — La greffe d'os morts, par Buscarlet. (*Gaz. des hôp.*, 19 décembre.)

Grippe. — Sur l'épidémie de grippe ou influenza qui a sévi à Angers, en octobre et novembre 1891, par Briand. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — Une épidémie de grippe à la maison Chardon-Lagache, par Comby. (*Bull méd.*, 13 décembre.) — La propagation de l'influenza dans les montagnes de la Suisse, par J. Seitz. (*Deutsche med. Woch.*, 51.) — Les modifications atmosphériques et la grippe, par L. Masson. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 517, juin.) La nature infectieuse de l'influenza, par Poole-Berry. (*Lancet*, 12 décembre.) — Étude de la grippe, par Lugan. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — L'influenza épidémique, son origine, sa diffusion, par Sisley. (*Londres.*) — La grippe, par Ellis. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — La grippe et ses formes cliniques, par Rendu. (*Union médicale*, 17 décembre.) — L'examen des crachats dans la grippe, par Nakahama. (*Sei. i. Kwai. med. Journ. Tokio*, p. 97.) — De la grippe intermittente, par Kornblum. *Zeit. f. klin. Med.* XX, 1 et 2.) — Tuberculose et grippe, par Canellis. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Deux cas de lésions de la moelle, suite de grippe, par Determann. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II. 1.) — Méningite tuberculeuse, suite d'influenza, par Hebblethwaite. (*Lancet*, 12 décembre.) — Saignée pour la congestion cérébrale suite de grippe, par Whitteley. (*Ibid.*) — Quelques suites d'influenza, par Drew. (*Practitioner*, décembre.) — Grippe infectieuse, glycosurie aiguë consécutive, par Bouchard de Saumur. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — De la néphrite grippale, par Tuvache. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Pyohémie, suite de

grippe, par Barker. (*Med. News*, 19 décembre.) — Traitement de l'influenza, par Crerar. (*Lancet*, 19 décembre.) — Isolement dans l'influenza, par Leeson. (*Lancet*, 5 décembre.) — De l'action de l'antipyrine dans l'influenza, par Hennig. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 93.) — Action de la salipyrine dans l'influenza, par Hennig. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 93.) — Salipyrine spécifique de l'influenza, par Mosengeil. (*Ibid.*, 95.) — Créosote contre la grippe, par J. Iselin. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.)

Grossesse. — Interrogatoire et examen de la femme enceinte, par Puech (*Montpellier méd.*, 16 décembre,) — De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, par Blanc. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — De l'influence des impressions de la mère sur le fœtus ou « regards » des femmes enceintes, par Drzewiecki. (*Wien med. Woch.* 45) — Sur un cas de dyspnée réflexe par grossesse avancée, par S. Tomasini. (*Riforma medica*, 9 octobre.) — Grossesse avec tumeur congénitale du rein et de l'ovaire ; ovariotomie au cinquième mois ; accouchement au dixième mois ; bonnes suites, par Runge. (*Arch. f. Gynaek.* XLI, 1 et 2.)— Documents pour l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse, par Jules Ehrismann. (*The inaug. Bâle*, 1890 et *Corresp.-Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1891, p. 343. (Quatre cas, deux mortels, l'un avant toute intervention par néphrite parenchymateuse hémorragique ; l'autre, par fièvre puerpérale et néphrite chronique interstitielle suppurée, après accouchement provoqué au septième mois, et céphalotripsie à cause de la fièvre ; des deux autres cas, l'un guéri par avortement provoqué, l'autre par badigeonnages du col avec nitrate d'argent.) — De l'hypertrophie du cœur chez les femmes enceintes et accouchées, par M. Dreysel. (*Münich.*) — Ptyalisme dans cinq grossesses successives, par Cooke Hirst. (*Boston med. j.* 3 décembre.) — Grossesse gémellaire avec transformation papyracée de l'un des fœtus et atrophie de la portion correspondante du placenta, par Haushalter et Schuhl. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Grossesse gémellaire, par Wessinger. (*N. York med. Journ.*, 12 décembre.)— De quelques cas de grossesse gémellaire, en rapport avec la quantité d'eau de l'amnios, par C. Cosentino. (*Sicilia medica*, 8, p. 513.) — De la grossesse molaire, par Engel. (*Orvosi hetilap*, 35.) — Grossesse et ligature vaginale, par Schuecking. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 décembre.) — Grossesse ectopique, par Ingraham. (*Med. News*, 19 décembre.) — De la grossesse tubaire dans les premiers mois, par E. Carsten. (*Berliner klinik*, n° 35.) — De la grossesse extra-utérine, par Wyder. (*Arch. f. Gynaek.*, XLI, 1 et 2.) — De la grosse extra-utérine et de l'hématocèle rétro-uterine, par Zweifel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLI, 1 et 2.) — Grossesse extra-utérine avec perforation de l'appendice vermiforme, par Robb. (*Bull. of John hopkins hospit.*, octobre.) — Un cas de grossesse tubaire ; laparotomie, guérison, par E. Pestalozza. (*Riforma medica*, 23 juin.) — Abcès abdominal consécutif à une grossesse extra-utérine probable, laparotomie, guérison, par E. Soldani. (*Riforma medica*, 11 septembre.)

Gynécologie. — Traité pratique de gynécologie, par Auvard. (*In-8°*, 798 p., *Paris.*) — La gynécologie conservatrice, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, novembre.) — Le traitement manuel des maladies des femmes, d'après Thure Brandt, par Eisenberg. (*Wien. med. Presse*, 36.)

H

Helminthe. — Bibliographie de l'helminthologie clinique, par J. Ch. Huber. (1er fasc. Echinocoque cystique; 2e fasc. Cysticerque cellulaire), (*Munich*, 1891.) — Deuxième cas d'ankylostomiase observé dans les provinces méridionales de l'Italie, par V. Ortolani. (*Morgagni*, août.) — Le troisième cas d'ankylostomiase observé dans les provinces méridionales de l'Italie, par C. Bruni. (*Riforma medica*, 17 juin.)

Hématome. — Des épanchements traumatiques de sérosité et de leur traitement, par Grivet. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Des hématomes musculaires, par Aurigan. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique chez un garçon de 8 ans atteint de syphilis congénitale, par Flensburg. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 31.) — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par Kast. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 1017.)

Hémorragie. — Hémorragie ombilicale chez le nouveau-né, par Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 novembre.) — Deux cas d'hémorragie post-partum, par Abbot. (*Boston med. journ.*, 10 décembre.) — Le traitement de l'hémoptysie, par Harris. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 51.) — Hydrastinine dans les hémorragies utérines, par Falk. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 décembre.) — De l'hydrastinine à la troisième période de la grossesse ; remarques sur le traitement des hémorragies après l'accouchement, par Baumm. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De l'hydrastinine dans les hémorragies puerpérales, par Emanuel. (*Ibid.*)

Hernie. — Les fossettes péri-cœcales; position de l'appendice vermiforme rapports avec la hernie rétro-péritonéale, par Lockwood. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Traitement de la hernie inguinale, par Dallas. (*Med. News*, 28 novembre.) — De la méthode de Bassini pour la cure radicale des hernies, par Escher. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — La cure radicale dans les hernies inguinales non congénitales, par Prengrueber. (*Bull. méd.*, 23 décembre.) — Cure radicale des hernies par l'injection d'alcool, par Hink. (*Wiener med. Blaetter*, 26 novembre.) — Cure radicale des hernies, par G. Turazza. (*Riforma medica*, 6 novembre.) — Quelques cas démontrant la nature trompeuse des symptômes de la hernie étranglée, par Bennett. (*Lancet*, 19 décembre.) — Hernie inguinale compliquée de gangrène de l'intestin, par Moreau. (*Bull. Acad. de Belgique*, 9, p. 674.) — Hernie volumineuse chez un vieillard (76 ans). Cure radicale. Guérison, par L. Desguin. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers,* novembre.) — De l'entéropéritonite herniaire, par Tédenat. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.) — Ovaire et portions de ligaments large et rond contenus dans un sac herniaire, par Lor. (*Lyon méd.*, 29 novembre.) — Sur une observation de hernie obturatrice, par Picqué. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 715.) — Hernie obturatrice étranglée. Guérison, par Mason. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 65.) — De la résection de l'intestin dans les gangrènes herniaires, par Audry. (*Lyon méd.*, 22 novembre.) — Traitement de la

gangrène dans les hernies inguinales étranglées, par Gattai. (*Sperimentale*, 31 août.) — Etude comparative de l'entérectomie et de l'entérorraphie primitive et de l'anus contre nature dans la cure des hernies étranglées, par Tostivint. (*Thèse de Lyon.*) — De la herniotomie plastique, par Landerer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.)

Herpès. — De l'herpès zoster atypique, par Staub. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 2.) — Nouveau bacille chromogène trouvé dans les vésicules d'herpès labial; bacillus viridans, par St Clair Symmers. (*Brit. med. j.*, 12 décembre.) — Deux cas d'herpès iris, par Selenew. (*Wratch*, 34.)

Histologie. — Nouveau procédé de coloration par le bleu de méthylène phénolé, par Pregl. (*Cent. f. Bakt.*, X, 25.) — Sur une nouvelle modification du procédé de décalcification par la phloroglucine, par Haug. (*Cent. f. allg. Path.*, 1er mars.) — D'un flacon compte-gouttes-siphon pour la microscopie, par Beyerinck. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, p. 589.) — Sur un nouvel emploi (en technique histologique) de la safranine, par Kaufmann. (*Ibid.*, IX, 22, p. 717.) — Modification à la méthode de coloration des éléments nerveux par le bichlorure de mercure, par C. Golgi. (*Riforma medica*, 24 juin.) — Note sur les corps colorables de Flemming observés dans les tissus pathologiques, par Firket. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 7.)

Hôpital. — Un petit hospice-dispensaire, par H. Napias. (*Revue d'hyg.*, XIII, 575, juillet.) — Nouvelles études sur l'isolement dans les hôpitaux, par O. André. (*Ibid.*, décembre.) — L'hôpital des phtisiques de Ventnor (île de Wight), par Billet. (*Revue d'hyg.*, décembre.)

Hydatide. — Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides hydatiques, par Viron. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Hydatide du canal rachidien. Opération, par Ransom et Anderson. (*Brit. med. j.*, 28 novembre et *Gaz. méd. Paris*, 19 décembre.) — Kyste hydatique du cerveau. Paralysie alterne (oculo-moteur commun et pathétique, paralysie à droite hémiparésie à gauche); hémiparésie à droite; névrite optique double, par Ducamp. (*Progrès méd.*, 12 septembre.) — Les kystes hydatiques de la région cervicale, corps thyroïde excepté, par Coupry. (*Thèse de Lyon.*)— Hydatide de l'orbite, par Mashkortzeva. (*Med. Obosren.*, 15 novembre.) — Kyste hydatique du foie, dégénérescence graisseuse totale, congestion et cirrhose sus-hépatique dans les portions les plus éloignées des kystes, par Durante et Binot. (*Bull. soc. anat. Paris*, p. 608, novembre.)— Deux cas d'hydatides, foie, rein, par Tunnicliffe. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 163.) — Kyste à échinocoque du foie suppuré à la suite de la fièvre typhoïde (pas de bacille d'Eberth dans le pus, mais le staphylococcus pyogenes aureus et cereus), par G. Mori. (*Morgagni*, p. 717, novembre.) — Echinocoque suppuré du foie, par L. Pernossi. (*Riforma medica*, 9 septembre.) — Un cas de kyste à échinocoque suppuré du foie, par Stefanini. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Kyste hydatique du foie, laparotomie, guérison, par Maynard. (*Languedoc médical*, 27 novembre.) — Kystes hydatiques du foie offrant tous les signes d'un rein mobile; incision lombaire; décortication des kystes; suture du foie, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 décembre.) — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, mort par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, novembre.) — Kyste hydatique des muscles de la masse commune, par Tedenat. (*Nouv. Montpellier méd.*, II, 2.)

Hygiène. — Loi belge du 27 novembre 1891 sur l'assistance médicale gratuite. (*Le Mouvement hygiènique*, p. 520, décembre.) — La ville de Leip-

zig au point de vue hygiènique, par HASSE, HOFMANN, SIEGEL et THIEM. (In-8°, 537 p., *Leipzig*.) — L'organisation sanitaire du port et de la ville de Newcastle-on-Tyne, par L. VINTRAS. (*Revue d'hyg.*, XIII, 526, juin.) — Du nettoiement spontané des rivières, par PETTENKOFER. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1277.) — Théorie du chauffage des habitations, par ÉMILE TRÉLAT. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — De l'imperméabilisation des vêtements, par POMMAY. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — Circulaire ministérielle belge relative à l'emploi de vases et ustensiles en cuivre ainsi que de tuyaux en plomb étamé pour les pompes à bière. (*Mouvement hygiénique*, VII, 284, juillet.) — L'installation de la Chambre des Députés au point de vue sanitaire, par ÉMILE TRÉLAT. (*Revue d'hyg.*, XIII, 567, juillet.) — Rapport du conseil de salubrité de la Seine sur les bâteaux-lavoirs, par ALFRED RICHE. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 101, juillet.) — Recherches hygiéniques sur les matériaux de construction employés à Palerme, par DE BLASI et CASTIGLIA. (*Riv. d'igiene*, 16 novembre.) — Du tout à l'égout à Munich, par A. SCHUSTER. (*Münchener Meunte Nachrichter* et *Hygienische Rundschau*, I, 562, 15 juillet.) — Rapport touchant l'influence des eaux d'égout de Munich sur la pureté des eaux de l'Isar, par ALEX. MUELLER. (*Berlin* 1891 et *Hygienische Rundsch.*, I, 563, 15 juillet.) — De l'interdiction du tout à l'égout à Munich. Lettre à Alex. Mueller, par W. PRAUSNITZ. (*Munich* 1891 et *Hygienische Rundschau,* I, 563.) — Analyse des bains d'étain employés par les étameurs de Montpellier, par ASTRE. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 19 décembre.) — Arrêté royal belge mettant en vigueur le règlement sur le commerce des viandes. (*Mouvement hygiénique*, VII, 278, juillet.) — Arrêté et circulaires ministériels belges relatifs à la coloration artificielle des denrées alimentaires. (*Ibid.*, VII, 280 et 282, juillet.) — Arrêtés royaux belges du 22 juin 1891 portant règlement sur l'organisation et le fonctionnement des laboratoires pour l'analyse des denrées alimentaires et des médicaments. (*Ibid.*, VII, 287, juillet.) — Arrêté royal belge du 22 juin 1891 formant règlement organique et personnel d'inspection de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires. (*Ibid.*, VII, 292, juillet.) — Rapport au Président de la République sur la conservation des viandes fraîches, par DE FREYCINET. (*Annales d'hyg. publ.*, décembre.) — De la conservation des aliments dans des boîtes en fer-blanc, par P.-F. VAN HAMEL ROOS. (*Chem. Ztg* et *Hyg. Rundsch.*, I, 573, 15 juillet.) — Sur un moyen simple de reconnaître les viandes congelées, par MALJEAN. (*Gaz. méd. Picardie*, novembre.) — Organisation et fonctionnement d'une inspection obligatoire des viandes eu égard à la législation et à la jurisprudence allemandes, par MAX BLEISCH. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, II, 124, juillet.) — Circulaire du ministre prussien de l'industrie concernant les robinets en alliage d'étain plombifère. (*Ibid.*, II, 207, juillet.) — L'éducation physique en Suède, par DEMENY. (In 18, *Paris.*) — Cours d'hygiène général et pédagogique, par KUBORN. (In-8°, *Bruxelles.*) — Pesées saisonnières d'écoliers, par MOSSBERG. (*Hyg. Rundschau*, I, p. 475.) — Sur la prophylaxie des milieux scolaires considérés comme infectieux, par BON. (*Thèse de Bordeaux*) — Instruction du conseil de salubrité de la Seine sur les premiers soins à donner aux enfants. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 548, décembre.) — Quatre nouveaux modèles de bancs-pupitres scolaires, par WILHEM SCHULTHESS. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 375, 15 juin.) — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. (*Bull. méd.*, 30 décembre.) — Catéchisme des premiers soins à donner en cas d'accident, par BOUDAILLE (In-18, *Paris.*) — Manuel populaire des premiers soins à donner aux malades et aux blessés avant l'arrivée du médecin, par MOREAU DE TOURS. (In-18, 46 p., *Paris.*) — Le nouveau règlement (11 janvier 1891) italien de police mortuaire, par O. DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXV, 559, janvier.) — La réglementation de la prostitution, par V. ZEISSL

(*Wien. med. Presse*, 28, p. 1085.) — L'emploi de la ouate de bois pour remplir les crachoirs, par Prausnitz. (*Münch. med. Woch.*, 48, p. 829.) — Moyens de condenser les particules charbonneuses de la fumée, par Robert Irvine. (*Journ. of the Soc. chem. Ind.*, IX et *Hygienische Rundschau*, I, 519, juillet.) — Du chauffage continu à l'aide de la vapeur d'eau à basse pression. (*Annalen für Gewerbe und Bauwesen*, XXVII et *Hygienische Rundschau*, I, 561, 15 juillet.) — Fabrique de fulminate de mercure et d'amorces fulminantes, par Léon Faucher. (*Annales d'hyg. publ.*, décembre.)

Hypnotisme. — De l'hypnotisme, par Tuckey. (*Brain*, 56.) — Questions médico-légales afférentes à l'hypnotisme, par Luys. (*Ann. de psychiat.*, juillet.) — De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, par Bernheim. (3e édit., *Paris*.) — Applications de l'hypnotisme, par Brunet. (*Rev. de l'hypnot.*, décembre.) — Sur la nutrition dans l'hypnotisme, par Voisin et Harant. (*Soc. de biol.*, 21 novembre et *Rev. de l'hypnot.*, décembre.) — Du transfert à distance à l'aide d'une couronne de fer aimanté d'états névropathiques variés d'un sujet à l'état de veille sur un sujet à l'état hypnotique, par Luys et Encausse. (*Ann. de psychiat.*, mai.) — Névralgie faciale datant de dix ans ; guérison par suggestion, par Lajoie. (*Rev. de l'hypnot.*, décembre.) — Ataxie locomotrice traitée avec succès par la suggestion hypnotique, par Bérillon. (*Ibid.*, décembre.) — De l'action de la suggestion pendant le travail de l'accouchement, par Dumontpallier. (*Ibid.*, décembre.) — L'alcoolisme et son traitement par l'hypnotisme, par Lloyd Tuckey. (*Ibid.*, décembre.)

Hystérie. — Trois cas d'hystérie chez l'homme, par Clarke. (*Brain*, 56.) — Deux observations d'hystérie mâle, par Bourneville et Sollier. (*Arch. de Neurol.*, novembre.) — De l'hystéro-traumatisme interne, par Potain. (*Semaine méd.*, 9 décembre.) — Grande hystérie traumatique chez l'homme, par A. Neumann. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, 1, p. 38.) — La fièvre hystérique, par Stephan. (*Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde*, 9.) — De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique (pseudo-narcolepsie hystérique), par Parmentier. (*Arch. de méd.*, décembre.) — Cas de sommeil hystérique durant plusieurs semaines, par de Cérenville. (*Revue médic. Suisse romande.* XI, 413, juillet.) — Sur un cas d'hystérie par fulguration, par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 octobre.) — Urémie hystérique, par Rainaldi. (In-4°, *poligno.*) — De la polyurie hystérique, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 novembre.) — Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution de ce syndrome, par Babinski. (*Ibid.*, 13 novembre et *Rev. de l'hyp.*, décembre.) — Association hystéro-tabétique, par Charcot. (*Mercredi méd.*, 16 décembre.) — Tabes et hystérie. Hémispasme glossolabié du côté gauche simulant une paralysie faciale inférieure droite chez un tabétique, par Siredey. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 novembre.) — Sur un syndrome hystérique simulant la sclérose en plaques, par Cantacuzène. (*Médecine moderne*, 12 novembre.) — Un cas de monoplégie hystérique du membre supérieur gauche, par C. Negro. (*Riforma medica*, 8 décembre.) — Monoplégie hystérique. Guérison par suggestion, par Mader. (*Wien. med. Presse*, 34.) — Note sur un cas d'hémophilie hystérique, par Delezenne. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 541.) — Un cas d'hémiplégie hystérique avec contracture et atrophie musculaire, par Fallot. (*Marseille méd.*, 16.) — Tremblement. Tic, chlorée rythmée et syndrome fruste de Parkinson, de nature hystérique, par Boinet. (*Progrès médical*, 11 juillet.) — Hystérie. Attaques épileptiformes. Dégénérescence héréditaire. Mélancolie. Hypnotisme, par Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 octobre.) — Hémiplégie hystérique par fulguration, par

Charcot. (*Semaine méd.*, 2 décembre.) — Sur un cas d'hémorragies auriculaires, oculaires et palmaires, de nature hystérique, par Rémond. (*Languedoc méd.*, 11 décembre.) — Troubles hystériques graves avec tendance au suicide; double oophorectomie; guérison opératoire et amélioration des phénomènes nerveux, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 11 septembre.) — Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques (1° Dénonciation de crimes imaginaires par une fillette de 14 ans; 2° chromydrose simulée par une fillette de 16 ans), par Longbois. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 63, juillet.)

I

Ichthyose. — De l'ichthyose congénitale, par Allain. (*Thèse de Bordeaux.*) Sur l'emploi de l'aristol dans l'ichthyose infantile, par Descroizilles. (*Rev. gén. de clin.*, 44, p. 686.)

Idiotie. — L'idiotie et l'imbécillité observées chez l'enfant, par Baumel. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 12 décembre.) — Imbécillité et instabilité mentale; impulsions génitales, par Bourneville et Sorel. (*Progrès méd.*, 12 septembre.) — Idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique, par Eisenlohr. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47, p. 1293.)

Inanition. — Formation d'acide glycuronique pendant l'abstinence, par E. Nebelthau. (*Zeitschrift für Biol.*, XXVIII, p. 130.)

nfection. — Infection et immunité. Revue, par Abbott. (*Practitioner*, décembre.) — Influence de l'infection sur les produits de la génération, par Charrin et Gley. (*Soc. de biol.*, 5 décembre.) — De la transmission intra-utérine de certaines maladies infectieuses, par Mlle Pavlowski. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.)

Inflammation. — Sur la destruction des microbes par les cellules amiboïdes dans l'inflammation, par Ruffer. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, II.) — De l'origine de l'inflammation et de l'action des agents phlogogènes d'après des recherches faites sur l'œil, par Leber. (*Leipzig.*) — Analyse du travail de Leber, par Ostwalt. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 11.)

Injection. — Des injections intraveineuses salines comme traitement de l'anémie aiguë, par Malliu. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Des injections huileuses, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 23 décembre.) — Nouvelle seringue aseptique pour injections et aspirations, par Reinhardt. (*Münchener med. Woch.*, 43, p. 757.)

Insolation. — Du coup de chaleur, par Hiller. (*Deut. militair. Zeit.*, 6.)

Intestin. — De la présence du tissu réticulé dans la tunique musculaire de l'intestin, par de Bruyne. (*Acad. des sc.*, 14 décembre.) — Développement expérimental des coccidies de l'épithélium intestinal du lapin et de la poule, par Railliet et Lucet. (*Soc. de biol.*, 12 décembre.) — Origine et développement des plaques de Peyer chez le lapin et le cobaye, par

Retterer. (*Soc. de biol.*, 26 décembre.) — Valeur respiratoire de l'intestin et de ses glandes, par A. Slosse. (*Archiv f. Anat. und Physiol.*, Suppl. Band. 1890, p. 164.) — L'indigestion duodénale, par Allchin. (*Lancet*, 5 décembre.) — Sur un mode de traitement des diarrhées infantiles, par Florand. (*Médecine moderne*, 31 décembre.) — Dyspepsie nervo-motrice de l'intestin, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 12 décembre.) — De l'ulcère rond du duodénum, par Krannhals. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 37.) — Accidents prémonitoires de typhlites, pérityphlites et appendicites, par J. Simon. (*Union médicale*, 1er septembre.) — Appendicite perforatrice, par Carpentier. (*Bull. méd. Nord*, 15.) — Trois cas de pérityphlite appendiculaire opérés, par Roux. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 413, juillet.) — Pathologie et traitement chirurgical des affections chroniques du cœcum, par Salzer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Tumeur du cœcum, par Möller. (*Deutsche med. Woch.*, 50.) — Deux cas d'appendicite, par Kennedy. (*N. York med. journ.*, 5 décembre.) — Sur la pérityphlite, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 22 novembre.) — Appendicite à rechute : ablation de l'appendice entre deux attaques, par Morton. (*Med. News*, p. 606, 21 novembre.) — Typhlite tuberculeuse chronique, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, novembre.) — Intervention hâtive; expectation ou intervention retardée dans l'appendicite, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 29 novembre.) — Appendice cæcal déplacé donnant lieu à des symptômes de tumeur ovarique, par Harrington. (*Boston med. journ.*, 10 décembre.) — Rupture traumatique de l'intestin, par Rockwell. (*N. York med. journ.*, 21 novembre.) — Sur un cas de rupture spontanée de l'intestin par suite d'atrésie anale, par Ludewig. (*Thèse de Greifswald.*) — Contribution à l'étiologie de la compression intestinale ; hydropisie aiguë de la vésicule biliaire comprimant le côlon transverse, par G. Lava. (*Giornale R. Accademia di med. Torino*, p. 940, novembre.) — La torsion intestinale arrêtée au milieu de son excursion, par Jaboulay. (*Province méd.*, 24 octobre.) — Lésion de l'intestin dans l'ablation des ovaires enflammés, par Kletzsch. (*Der Frauenarzt*, novembre.) — Rétrécissement intestinal; laparotonie; mort, par G. Turazza. (*Riforma medica*, 5 novembre.) — Du rétrécissement fibreux du côlon; diagnostic par la laparotomie, traitement par la côlotomie, par Cripps. (*Brit. med. journ.*, 26 décembre.) — Traitement des plaies de l'intestin, par Chaput. (*Gaz. des hôp.*, 26 novembre.) — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur la gastro-entérostomie. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 807, 10 août.) — Suites d'un cas de gastro-entérostomie et jéjunostomie; mort de hernie interne, par Larkin. (*Lancet*, 28 novembre.) — Résections intestinales, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 29 novembre.)

Iris. — L'action comparée du sulfate et du salicylate d'ésérine sur l'accommodation et la pupille, par Wadzinski. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Du pseudo-colobome de l'iris, par Rumschewitsch. (*Archiv f. Opht.*, XXXVII, 4.)

K

Kyste. — Kyste athéromateux sous-lingual, par Reichel. (*Sitz. berichte phys. med. Ges. Wurzburg*, 4.) — Traitement de l'athérome, par Lutz. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XIII, 12.) — Kystes dermoïdes de l'ombilic, par P. Guerterbock, Von Bergmann et J. Israel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 688, 6 juillet.) — L'acide chromique dans le traitement des kystes, par Stewart. (*Lancet*, 19 décembre.)

L

les affections laryngées, par Bayer. (*Rev. de laryng*, 1er décembre.) — Laryngites catarrhales, produites par l'usage de la bicyclette, du tricycle, par Ragoneau. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Hystérie ; spasme laryngé avec asphyxie, trachéotomie, par Muselier. (*Gaz. méd. Paris*, 31 octobre.) — Action perverse des cordes vocales, par Scheir. (*Soc. laryng. Berlin*, 20 novembre.) — Laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx, par C. Paul. (*Soc. de thérap.*, 9 décembre.) — Sclérose cérébro-médullaire avec tremblement des cordes vocales, par Krzywicki. (*Soc. laryng. Berlin*, 20 novembre.) — De la paralysie fonctionnelle de la phonation articulée, par Serret. (*El Siglo med.*, 15 novembre.) — Paralysie bulbaire et paralysie bilatérale des abducteurs, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 9 décembre.) — Paralysie des cordes vocales et ictère, par Kapper. (*Wien. med. Presse*, 27. p. 1055.) — Œdème du larynx, après l'usage de l'iodure de potassium, par Heymann. (*Soc. laryng. Berlin*, 20 novembre.) — Leçon sur la phtisie laryngée, par Wolfenden. (*Journ. of laryng*, novembre.) — Laryngite hypertrophique tuberculeuse, périchondrite, trachéotomie, guérison. Sténose pharyngo-laryngée, par Robertson. (*Journ. of laryng.*, novembre.) — Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par la tuberculine, par Lenzmann. (*Deutsche med. Woch.*, 50.) — Quatre cas de phtisie laryngée traités chirurgicalement, par Schwendt. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 438, 15 juillet.) — Quelques affections laryngées traitées par le cantharidate de potasse, par Germonig. (*Sperimentale*, 15 mai.) — Deux cas de tuberculose laryngée aggravée par les injections de Koch, par Siebenmann. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 439, 15 juillet.) — Trois cas de phtisie laryngée traités par les injections de Koch (1 aggravé), par von der Muhll. (*Ibid*, p. 440, 15 juillet.) — Quelques cas de tuberculose laryngée traités par le cantharidate de potasse, par Charazac. (*Ann. polyclin. Toulouse*, novembre.) — Sur une forme spéciale d'affection laryngienne, par D. Gerhardt. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXV, 1.) — Condylomes du larynx, par Scheinmann. (*Soc. laryng. Berlin*, 20 novembre.) — Un cas d'adénome du larynx, par Schmiegelow. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Cancer du larynx, extirpation totale du larynx, par Hochenegg. (*Int. klin. Rundschau*, 15 novembre.) — Cancer du larynx et pharynx, par Scheinmann. (*Soc. laryng. de Berlin*, 20 mars.) — Kératose circonscrite du larynx, par Jueffinger. (*Wiener. klin. Woch.*, 19 novembre.) — Observation d'un cas de fractures des cartilages thyroïde, cricoïde et de la trachée. Mort, par Zilgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 22.) — Emploi de l'iodure de crésol dans les maladies du larynx et du nez, par von Szoldeski. (*Münch. med. Woch.*, 43, p. 753.) — Nouvelle pince laryngienne protégée, par Dundas Grant. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Contribution à la chirurgie des voies aériennes supérieures et de leurs annexes, par Gruenwaldt. (*Münch. med. Woch.*, p. 699 et 721.) — Tubage dans les rétrécissements spécifiques du larynx, par Roe. (*Buffalo med. and surg. journ.*, juillet.) — Soixante tubages du larynx pour croup, observations de Egidi. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 12.) — Appareils de tubage laryngé pour enfants et adultes, par Egidi. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 1.) — Du tubage du larynx, par A. Rosenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 25, p. 615, 22 juin.) — Spéculum écarteur des cordes vocales et élévateur de l'épiglotte pour les opérations sur le larynx et la trachée, par I. Dionisio. (*Giornale R. Accademia di medicina, Torino*, décembre, p. 975.) — Thyrotomie pour papillomes du larynx, par Mules. (*Manchester med. Soc.*, 2 décembre.) — De l'extirpation totale et partielle du larynx, par Loeb. (*Thèse de Bonn.*) — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, novembre.)

Lèpre. — Des léproseries en Norwège, par Petersen. (*St-Peters. med.*

Woch., 30.) — Contribution à l'étude de la lèpre. La lèpre au Tonkin, par Cheminade. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 novembre.) — Sur la contagiosité, la prophylaxie et le traitement de la lèpre, par Mac Auliffe. (*Thèse de Lyon.*) — Méthode simple pour se procurer des parties lépreuses riches en bacilles, pour l'étude, par Favrat et Christmann. (*Centralbl. f. Bakt.*, X, 4, p. 119.) — Les rapports des taches cutanées et des modifications des nerfs dans la lèpre anesthétique, par Wold Gerlach. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 1.)

Leucémie. — Sur un cas de pseudo-leucémie ou d'adénie, par Crocq fils. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 29 décembre.)

Lèvre. — Saillies molluscoïdes du frein de la lèvre supérieure par Gillet. (*Soc. Anat. Paris*, novembre.) — Ulcère tuberculeux des lèvres, par Troisier et Ménétrier. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 novembre.)

Lichen. — Nature et traitement du lichen de Wilson, par Jacquet. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 décembre.) — Du lichen rouge acuminé plan et du pityriasis vulgaire, par Neumann. (*Arch. f. dermat.*, XXIV, 1.) — Sur deux cas de lichen plan miliaire, à marche aiguë, par Dubreuilh et Sabrazès. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3.) — Lichen de Wilson chez une négresse, par Thibierge et Leredde. (*Ann. de dermat.*, II, 11.) — Nouveau cas de lichen plan guéri par l'hydrothérapie, par Jacquet. (*Soc. franc. de dermat.*, 12 novembre.)

Lipome. — Lipome de l'index de la main gauche, par Dubar. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 630.) — Lipomes diffus du cou et de la nuque, par Merlin. (*Loire Méd.*, 15 décembre.) — Lipome télangiectasique veineux, par Schwartz. (*Tribune méd.*, 29 octobre.)

Lupus. — Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire, par Leloir. (*Journ. des mal. cutan.*, septembre.) — Un cas de lupus, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 829, 17 août.) — Du lupus de la joue consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale, par Arnozan. (*Arch. d'opht.*, novembre.) — Lupus ayant mutilé la face d'une façon exceptionnelle (tête de mort de Dieffenbach), par Saalfeld et B. Fraenkel. (*Berlin klin. Wochens.*, 29 juin.) — Sur l'évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples, par Hallopeau. (*Soc. franc. de dermat.*, 12 novembre.) — Emploi de la tuberculine dans le lupus érythématode et le lupus vulgaire, (*Arch. f. Dermat.*, XXVIII, 5.) — Lupus guéri par la tuberculine et par le sublimé corrosif à l'intérieur, par Schaffranek. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1200.) — Trois cas de lupus traités par les injections de Koch, par Rosenthal, Behrend, G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 711 et 712, 13 juillet.) — Vaste lupus du cou, de la face et du membre supérieur gauche, presque entièrement guéri par les injections de tuberculine, par Sonnenburg. (*Ibid.*, p. 886, 6 juillet.) — Traitement de la scrofulodermie et du lupus, par Brooke. (*Monats. f. prak.Dermat.*, XIV, 4.) Traitement du lupus par les injections de Koch, par Schede. (*Deutsche med. Woch.*, 49.) — Traitement du lupus par le raclage, par Broca. (*Mercredi méd.* 16 décembre.)

Luxation. — Méthode simple pour la réduction des luxations de l'épaule, par R. Rauch. (*Wien. méd. Presse*, 37.) — De l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles du pouce en arrière, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er décembre.) — Des luxations métacarpo-phalangiennes

irréductibles des quatre derniers doigts, pathogénie et traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert, par Fruchaud. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Luxation ilio-ischiatique traumatique, réduite après 33 jours par un nouveau procédé, par Paci. (*Arch. di ortoped.*, VIII, 5.) — Nouvelle note sur le traitement rationnel de la luxation iliaque commune congénitale du fémur, nouveau procédé, par Paci. (*Ibid.*, VIII, 6.) — Cas de luxation congénitale de la hanche, par A. Nota. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Luxation des cartilages semi-lunaires, étude analytique et expérimentale, par Mouret. (*Thèse de Montpellier.*)

Lymphatique. — Influence du courant de lymphe sur le développement des cellules dans les glandes lymphatiques, par H. Koeppe. (*Arch. für Anat. und. Physiol. Supplement Band.*, 1890, p. 174.) — De l'adénite cervicale aiguë idiopathique, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 décembre.) — Variétés cliniques et étiologiques des lymphangites ; les lymphangites tuberculeuses et la lymphangite ampullaire, par Morel Lavallée. (*Union méd.*, 1er octobre,) — Lymphangites et suppuration des bourses séreuses, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 21, p. 653.) — Traitement des tuberculoses ganglionnaires du cou par les injections d'huile créosotée à hautes doses, par Denoy. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement des bubons inguinaux suppurés, par Percy Potter. (*Practitioner*, décembre.) — Un cas de lymphangiome circonscrit, par Thibierge. (*Soc. franc. de dermat.*, 12 novembre.) — Contribution à l'histoire des lymphosarcomes, par Dreschfeld. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1175.)

M

Main. — Doigts et orteils surnuméraires (3 observations), par Drewry. (*Med. News*, 7 novembre, p. 556.) — Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par les sections multiples sous-cutanées, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 27 décembre.)

Mal. professionnelles. — Veloutiers et tisseurs de soie, par Michel. (*Province méd.*, 17 octobre.) — Dermatoses des ouvriers qui fabriquent l'aniline, par Blaschko. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1241.)

Malformations. — Quelques cas de malformations, par Rydygier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Contribution à l'étude des malformations de la tête et du cou, par K. von Kostanecki. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIII, 3.) — Persistance du canal de Cloquet ; reliquats du système hyaloïdien fœtal ; colobome du nerf optique, par von Duyse. (*Arch. d'opht.*, XI, 5.) — Transposition des viscères thoraco-abdominaux, avec malformation congénitale du cœur et anomalies du système artério-veineux, par Griffith. (*Journ. of anat.*, octobre.)

Mamelle. — Pathogénie des abcès du sein postpuerpéraux, par Monnier. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — Des abcès du sein, par Duplay. (*Union*

médicale, 14 novembre.) — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement, par Demelen. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 768.) — Un cas de mamelle surnuméraire, par Hardman. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 21 novembre.) — De la tuberculose mammaire, par Roux. (*Broch.*, *Genève.*) — Chondrome de la région mammaire, avec généralisation au maxillaire supérieur et à l'omoplate, par Soulier. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Elimination d'un adénome du sein par suppuration, par Jahoda. (*Wien. med. Wochens.*, 49.) — Ablation d'un sarcome kystique de la mamelle, du poids de 14 livres, chez une femme de 61 ans; tachycardie consécutive et mort le 20e jour, par Buman. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 361, juin.) — Quelques formes rares du cancer du sein, par Masterman. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 193.)

Massage. — De l'action physiologique du massage sur les muscles de l'homme, par Maggiora. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Du massage en gynécologie, par Maasland. (*Nederl. Tidj. v. Verl. en Gynaek.*, III, 2.)

Maxillaire. — Fractures du maxillaire supérieur à quatre fragments, par Walther. (*Bull. soc. anat. Paris,* p. 590, novembre.) — Résection du condyle et du col du maxillaire pour une ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire droite, par Greig. (*Lancet*, 19 décembre.) — Nécrose du maxillaire; 3 cas, par Johnson. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er août.) — De l'emploi du thermocautère dans la résection du maxillaire supérieur, par Faucon. (*Journ. de méd. Lille*, 23 octobre.) — Valeur comparée de l'éclairage électrique et du lavage pour le diagnostic des affections des sinus maxillaires et frontaux, par G. Ziem. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 590, 15 juin.) — Sur la ponction exploratrice et le lavage du sinus par le méat inférieur, par Dundas Grant. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Résection du maxillaire supérieur pour sarcome de l'antre d'Highmore, par Recasens. (*Gaceta sanit. Barcelona*, juin.)

Médecine (Histoire). — Saint Luc, patron des anciennes facultés de médecine, par Dauchez. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 19 juin.) — Un mot sur le magnétisme à Lyon à la fin du siècle dernier, par Arloing. (*Lyon méd.*, 13 décembre.) — Les médecins grecs dans les traductions arabes, par Mor. Steinschneider. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 1.) — Sydenham et son œuvre, par Laboulbène. (*Rev. scientif.*, 28 novembre.) — Le mensonge pathologique et les chevaliers d'industrie à tare psychique, par Anton Delbruck. (*Stuttgard.*) — Richard Wiseman, médecin de Charles II, étude biographique, par Longmore. (210 p., *Londres.*) — Etude des maladies nerveuses pendant la période gréco-romaine, par Papillon. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.)

Médecine légale. — Recherches médico-légales sur les morts violentes dans le Massachussets, par Presbery. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 21 novembre.) — Les boissons narcotiques et la législation, par L. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre.) — Rapport de Jolly au comité supérieur prussien pour les affaires médicales sur un cas d'attentats aux mœurs commis sur des fillettes par un jeune instituteur public. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, II, p. 1, juillet.) — Rapport médico-légal sur un cas de prétendu accouchement avec suppression d'enfant et simulation d'imbécillité, par P. Guder. (*Ibid.*, juillet.) — Exemples de troubles mentaux ayant donné lieu à des appréciations contradictoires en justice, par Tippel (*Ibid.*, juillet et octobre.) — Rapport médico-légal sur un cas de simulation de folie par un prisonnier, par Franz Meschede. (*Ibid.*, juillet.) —

Plaie de la cuisse résultant d'une chute dans un escalier et offrant l'apparence d'une plaie par instrument tranchant, par GROSSE. (*Ibid.*, juillet.) — Arrachement de membres, fracture de côtes et rupture de l'estomac par passage de wagons sur le corps, par F. FALK. (*Ibid.*, juillet.) — Série de suicides par pendaison à Thiais, par LIÉGEY. (*Ann. d'hyg. publ.*, p. 529, décembre.) — Quelques considérations médico-légales sur les attentats commis par les enfants, par P. MOREAU (de Tours). (*Ibid.*, décembre.) — Rapport à la Société de médecine légale sur la création d'un musée de médecine légale, par DESCOUST. (*Ibid.*, décembre.) — Contribution à l'étude médico-légale de l'épilepsie alcoolique, par E. MARANDON DE MONTYEL. (*Ibid.*, XXVI, 25 juillet.) — Suicide à deux ou assassinat; relation de l'affaire Bleszinski, par RICHARDIÈRE et GASTINE-RENETTE. (*Ibid.*, XXVI, 53, juillet.) — Rapport sur l'état mental de la femme B..., inculpée d'assassinat, par MOTET, BALLET et RICHARDIÈRE. (*Ibid.*, XXVI, 40, juillet.) — Vie dix minutes sans respiration d'un enfant anencéphale avec absence de voûte crânienne, par F. FALK. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e série, II, 190, juillet.) — Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne, par SARRAT. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Crimes et délits commis par les morphinomanes, par GUIMBAIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, p. 481, juin.) — Démence paralytique et assurances sur la vie, par KIERNAN. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 21 novembre.) — De l'égorgement au point de vue médico-judiciaire, par VIGNIÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Du cordon ombilical au point de vue médico-judiciaire, par SAINT-CYR. (*Thèse de Lyon.*) — De la pendaison incomplète ou ratée et des accidents consécutifs, par VERSE. (*Thèse de Lyon.*)

Médecine militaire. — L'état sanitaire des troupes et de la marine en Danemark, par SCHEIBE. (*Deut. milit. Zeit.*, XX, 12.) — L'état sanitaire de l'armée française en 1889, par LONGUET. (*Semaine méd.*, 25 novembre.) — La tuberculose dans l'armée française, par DUMAS. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 26 décembre.) — Relation d'un accident survenu à bord de la *Couronne*; explosion d'un obus de canon-revolver de 47, par THOULON. (*Thèse de Montpellier.*) — Nouveau mode de transport des blessés à bord des bâtiments, par GUÉZENNEC. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.)

Médecine op. — Précis d'assistance aux opérations; préparation du malade et des instruments; anesthésie; soins consécutifs, par P. THIÉRY. (In-16, 193 p., *Paris.*)

Méninge. — Modifications morbides de l'écorce cérébrale dans un cas de méningite tuberculeuse, par GOODALL. (*Brain*, 54 et 55.) — Méningite tuberculeuse chez l'adulte, par JACCOUD. (*Sem. méd.*, 25 novembre.) — Du diagnostic de la méningite tuberculeuse coïncidant chez l'adulte avec une pleurésie purulente, par A. FRÆNKEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 670, 6 juillet.) — De la méningite tuberculeuse traumatique, par PAUL HILBERT. (*Ibid.*, p. 765, 3 août.) — Hématome de la dure-mère, par VIALLON. (*Lyon méd.*, 6 décembre.) — Des tumeurs des méninges rachidiennes, par OUSTANIOL. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.)

Menstruation. — Recherches statistiques sur la première menstruation dans la population ouvrière de Nancy, par ETIENNE. (*Rev. méd. de l'Est*, 20.) — Menstruation supplémentaire, par KERLEY. (*N. York Acad. of med.*, 19 novembre.)

Mérycisme. — Un cas de mérycisme, par FREYHAN. (*Deut. med. Woch.*, 41.)

Moelle. — Section des cordons postérieurs de la moelle épinière et leur

relation avec la fonction d'équilibre, par W. Bechterew. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 489, 1890.) — Hyperesthésie après la destruction de la moelle cervicale, par C. Martinotti. (*Ibid., Suppl. Band.*, p. 182, 1890.) — De l'hémisection de la moelle, par Turner. (*Brain*, 56.) — Des variations de la radiation calorique consécutives aux traumatismes de la moelle épinière, par Langlois. (*Soc. de biol.*, 28 novembre.) — Un cas d'hématomyélie, par Ewald. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 781, 3 août.) — Syringomyélie à forme de sclérose latérale amyotrophique, et syringomyélie compliquée d'anesthésie et de perte du sens musculaire, par Bouchaud. (*Journ. sc. méd. Lille*, 30 octobre.) — Un cas de syringomyélie (type Morvan), par Souques. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 4, p. 255.) — Étude comparée de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, par Pervès. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Syringomyélie et maladies similaires, par Vought. (*N. York med. Journ.*, 21 novembre.) — Anatomie pathologique de la paralysie de Landry, par Cramer. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 1.) — De la polyomyélite avec périnévrite, par Eskridge. (*N. York med. Journ.*, 26 décembre.) — Polyomyélite aiguë des adultes, par Krauss. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Sur la myélite, par Hermann Oppenheim. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 761, 3 août.) — Hémorragie spinale idiopathique, par Diller. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 14 novembre.) — Note sur deux cas de dégénération ascendante occupant à la fois le faisceau de Burdach dans la moelle épinière et le faisceau cunéiforme dans le bulbe rachidien, par Gombault. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 décembre.) — Sclérose multiple ; dégénérescence en foyers et fasciculée de la moelle, vraisemblablement d'origine syphilitique, par H. Reinhold. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 15 août.) — Sur deux cas de dégénération ascendante occupant à la fois le faisceau de Burdach dans la moelle épinière et le faisceau cunéiforme dans le bulbe rachidien, par Gombault. (*Soc. anat. Paris*, novembre.) — Sclérose latérale et postérieure combinée, par Williamson. (*Med. chronicle*, juillet.) — Sclérose en plaques consécutive à la pneumonie, par L. Bordoni. (*Riforma medica*, 7 décembre.) — Sclérose latérale amyotrophique avec subluxation du corps sur le cubitus par contraction musculaire, par de Cérenville. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 413, juillet.) — Ataxie locomotrice et syphilis ; leurs rapports, par Ziemssen. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 928, 14 septembre.) — Du pseudo-tabes infectieux, par Paulet. (*Thèse de Montpellier.*) — Deux cas de tabes dorsal spasmodique, par Brissaud. (*Semaine méd.*, 14 octobre.) — Ataxie irrégulière suite de traumatisme, par Dercum. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Des hémoptysies et des hémorragies par l'anus, liées aux crises douloureuses thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice, par Lerat. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — Des arthropathies tabétiques, par Fort. (*Thèse de Paris*, 9 décembre.) — Compression de la queue de cheval par un lymphangiome caverneux ; opération ; guérison, par Rehn. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Lésions traumatiques de la moelle par chemins de fer, et autres blessures, par Manley. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 14 novembre.) — Diagnostic des lésions traumatiques de l'axe cérébro-spinal, par Watson. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 14 novembre.) — Sur les caractères anatomiques et sur le traitement des plaies par armes à feu de la moelle épinière, par Vincent. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 674.)

Monstre. — Un monstre pygomèle. (*Marseille méd.*, 8.) — Monstre péracéphale, par Alezais. (*Ibid.*, 8.) — Monstruosités humaines, par Cooke Hirst. (*Part. I, Philadelphie.*) — Émotions maternelles et monstruosités fœtales, par Delassus. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Recherches sur la production artificielle des monstruosités, ou essais de tératogénie expérimentale, par Dareste. (2e *Édit., Paris.*)

Mort. — Faits établissant que la vie locale peut durer bien plus longtemps qu'on ne le croit dans la moelle épinière, les nerfs et les muscles après la mort générale chez des mammifères, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

Mortalité. — Léthalité de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie et de la fièvre typhoïde, comparée en 1889 à Berlin, Hambourg, Breslau, Munich, par George Meyer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 27 juillet.) — Mortalité par choléra infantile, entérite et diarrhée, à Berlin, Hambourg, Breslau et Munich en 1889, par George Meyer. (*Ibid.*, p. 800, 10 août.) — La mortalité infantile, par A. Delcourt. (*Mouvement hygiénique*, VII, 267, juillet.)

Morve. — Morve aiguë, par Frese, Ross et Wilbert. (*Med. News*, 12 décembre.)

Muguet. — Muguet vulvaire, par Giulini. (*Cent. f. Gynæk.*, 26 décembre.)

Muscle. — Structure intime du tissu musculaire strié, par J.-B. Haycraft. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVIII, p. 105.) — Le muscle pectiné et son innervation, par Paterson (*Journ. of anat.*, octobre.) — Sur l'anatomie des muscles scalènes, par Gilis. (*Soc. de biol.*, 21 novembre et 26 décembre.) — Le muscle scalène, par Sebileau. (*Ibid.*, 12 décembre.) — Circonstances qui influencent les échanges matériels dans le travail musculaire, par A. Lœwy. (*Verhandl. der berliner physiolog. Gesellsch.*, 1er mai.) — Travail musculaire et destruction d'albumine, par I. Munk. (*Ibid.*, 28 mars 1890.) — Le phosphate de soude excitant du muscle et du nerf, par Sven Akerlund. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 279.) — Influence de la température sur l'activité fonctionnelle de la substance musculaire, par I. Gad et I. Heymans. (*Ibid.*, *Sup. Band.*, p. 59, 1890.) — Sur les influences exercées par les muscles sur les nerfs sensitifs qui sont à leur intérieur ou dans leur voisinage immédiat, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — La phagocytose musculaire, atrophie des muscles pendant la transformation des batraciens, par Metchnikoff. — Modification des fibres musculaires dans la trichinose, par Soudakewitch. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 1.) — Du sens musculaire, par Lamacq. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Quelques influences qui modifient le pouvoir des contractions musculaires volontaires, par Lombard. (*Journ. of physiol.*, XIII, 1.) — Note sur un nouveau signe électrique musculaire, par Doumer. (*Bull. méd. du Nord*, 18.) — Anomalie musculaire résultant de la fusion de deux muscles surnuméraires, l'accessoire du soléaire et le long accessoire des fléchisseurs des orteils, par Testut. (*Soc. anat.*, 18 décembre.) — Des altérations morbides des fibres musculaires striées, par Knoll. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) — Spasme clonique du psoas iliaque, par von Bergmann et Salzwedel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 709, 13 juillet.) — Note sur une anomalie musculaire unilatérale chez un épileptique, par Féré. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, IV, 6.) — Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, par Rovighi et Levi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — Maladie de Thomsen, un cas, par Angell. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — De la myosite, par H. Lindner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 décembre.) — Polymyosite, par surmenage musculaire, par Oddo. (*Marseille méd.*, 17.) — Traitement chirurgical des rétractions musculaires succédant aux contractures musculaires, par Terrillon. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 4. p. 249.)

Mycose. — Observation de mycose intestinale, par Wiggin. (*N. York med.*

Journ., 28 novembre.) — De quelques cas de mycose humaine, par Ross. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 15, p. 504.) — Mycosis fongoïde, par Pye Smith. (*London clin. Soc.*, 11 décembre.)

Myopie. — De la réfraction de l'œil fort myope à l'état d'aphakie, avec remarques sur les avantages du choix uniforme du foyer antérieur de l'œil muni du cristallin comme point de départ pour toutes les mesures de la réfraction même de l'œil aphakique, par Ostwalt. (*Rev. d'opht.*, XI, I.) — Valeur réfractaire du cristallin chez les myopes, par Martin. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, XI, 1.) — Traitement de la myopie progressive choroïdienne et prophylaxie du décollement de la rétine par l'extraction du cristallin transparent, par Vacher. (*Soc. d'opht. Paris*, 3 novembre.)

Myxœdème. — Myxœdème avec crétinisme, par Lœwy. (*Berl. klin. Woch.*, 16 novembre.) — Du myxœdème, par Steiner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 1070.) — Injection de liquide extrait de la glande thyroïde chez l'homme dans des cas de myxœdème, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

N

Nævus. — Du nævus kératonique, par Rousseau. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Un cas de nævus verruqueux unilatéral, par Müller. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 1.) — Un cas d'angiokératome, par Crocker. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 3.)

Nerf. — Sur quelques constituants de la moelle des nerfs, par Kossel. (*Verhandl. der Berliner physiolog. Gesellsch.*, 17 juillet.) — Myéline, fibres nerveuses avec et sans myéline, par J. Gad et F. Heymans. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, 1890, p. 530.) — Les liens annulaires des fibres nerveuses, par Johansson et J. Gaule. (*Centralblatt für Physiol.*, V, 11, p. 299.) — Coloration de la gaine de Schwann, par Weigert. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1184.) — La position de quelques nerfs crâniens chez l'homme, indiqués par les zones de sections, par Donaldson et Bolton. (*Americ. J. of psych.*, IV, 2.) — Paralysie bulbaire, note sur l'origine de certains nerfs crâniens, par Tooth et Turner. (*Brain*, 56.) — Le nerf phrénique, par Ferguson. (*Brain*, 54 et 55.) — Du nerf pneumogastrique, physiologie normale et pathologique, par Arthaud et Butte. (In-8°, 220 p. Paris.) — Les vaso-moteurs de l'œil, par Morat et Doyon. (*Arch. de phys.*. IV, 1.) — Sur les nerfs trophiques, par Rudolf Arndt. (*Archiv für Physiologie*, 54.) — Rôle du grand symphatique dans l'ornementation du cou des oiseaux, par Iegorow. (*Archiv für Anat. und Physiol.* Suppl. Band, 1890, p. 33.) — Dans quelle partie de l'appareil neuro-musculaire se produit l'inhibition, par Wedensky. (*Acad. des Sc.*, 7 décembre.) — Contribution à l'étude de l'infatigabilité des nerfs, par A. Szana. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 315.) — Démonstration de l'infatigabilité des nerfs des mammifères, par H. P. Bowditch. (*Ibid.*, 1890, p. 505.) — Du rôle physiologique des ganglions de la chaîne lymphatique à propos des recherches de Langley, Dickinson, Langendorff, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 26 décembre.) — Des relations entre les processus rythmi-

ques et l'activité fonctionnelle de l'appareil neuro-musculaire excité, par WEDENSKY. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Concrétions dans la tête du nerf optique, par J. HIRSCHBERG et G. CIRINCIONE. (*La Riforma medica*, 25 novembre.) — Trois cas de polynévrite, par A. FRÆNKEL, et discussion. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre, p. 1206.) — Polynévrite aiguë, mort, par STANDTHARTNER. (*Wien. med. Presse*, 29, p. 1134.) — Le puerpérisme comme facteur étiologique de la névrite multiple et des dégénérescences du tissu nerveux, par HANDFORD. (*Brit. med. J.*, 28 novembre.) — Névrite des racines du plexus brachial secondaire à une spondylarthrite tuberculeuse cervico-dorsale, ramollissement de la moelle par compression, tuberculose pulmonaire, calculs hépatiques, néphro-péylocystite hémorragique, par MODIGLIANO. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 5 et 6, Suppl.) — Sur l'attitude vicieuse de la sciatique, par ARTIGALAS. (*Languedoc médical*, 20 novembre.) — Sur la polyurie dans la sciatique, par LEFÈVRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 octobre.) — De la polyurie chez les malades atteints de sciatique, par DEBOVE et RÉMOND, (*Ibid.* 9 octobre.) — Nature et traitement de la névralgie du trijumeau et autres névroses, par HARKIN. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — Du traitement des névralgies rebelles du dentaire inférieur par l'excision de la portion intra-osseuse et l'arrachement du bout périphérique, par BEAUXIS-LAGRAVE. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de tic convulsif du radial ; guérison spontanée se maintenant au bout de quatre ans, par LÉOP. LAQUER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 747, 27 juillet.) — Procédés d'élongation ou de résection des nerfs dentaire inférieur, lingual et maxillaire supérieur pour la névralgie épileptiforme, par WALSHAM (*Brit. med. J.*, 19 décembre.) — Les procédés chirurgicaux de traitement de la névralgie du trijumeau, tic douloureux, par HORSLEY, TAYLOR et COLMAN. (*Brit. med. J.*, 28 novembre.) — Extirpation d'un névrome, disparition de l'anesthésie datant de quatorze ans, par WALTON. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Rupture du nerf poplité externe en sautant, par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 28 octobre.) — Suture du nerf cubital, par GARNER. (*Lancet*, 26 décembre.)

Nerveux (**Syst.**). — Sur quelques nouvelles recherches relatives à l'anatomie du système nerveux central, par WALDEYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 691, 13 juillet.) — Nouvelles méthodes de recherches microscopiques pour l'étude des centres nerveux, par VASSALE. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — Du circuit nerveux sensitivo-moteur des muscles, par CHAUVEAU. (*Brain*, 54 et 55.) — Le sens de l'effort, par WALLER. (*Brain*, 54 et 55, p. 179 et 433.) — Effets de l'extirpation du plexus cœliaque, par ODDI. (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — De la différence anatomo-pathologique entre les dégénérescences primitives et secondaires des centres nerveux, par VASSALE. (*Riv. sper di freniat.*, XVII, 4). — Le gonflement des dernières phalanges des doigts, trouble trophique nouveau, par ROSENBACH. (*Centrbl. für Nervenh.*, XIII, p. 199.)

Névrose. — Les nouvelles maladies nerveuses, par ANDRÉ. (In-8°, Paris.) — Troubles de la parole, exagération des réflexes du genou, suite de choc traumatique, par DONKIN. (*Brain*, 54 et 55.) — De la neurasthénie cardiaque, son traitement, par WILHEIM. (47 p., *Vienne.*) — Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses, par CRESPIN. (*Thèse de Lyon.*) — Signe objectif de la névrose traumatique, par OSCAR KŒNIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 774, 3 août.) — Deux cas de tic, maladie de Gilles, par STEMBO. (*Berl. klin. Woch.*, 13 juillet.) — Céphalée et sensations anormales au niveau de la tête d'origine utéro-ovarienne, par P. MASETTI. (*Bull. Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, 24 mai 1890, p. 281.) — Réponse à l'article de Mœbius sur la simulation dans les né-

vroses traumatiques, par Seeligmuller. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 743.) — Traitement électrique de la crampe des écrivains, par M. Weiss. (*Centrbl. für d. ges. Therapie*, IX, 4.) — Considérations sur le traitement des maladies du système nerveux par la méthode de Motschoutkowsky, par Bogroff. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 6.)

Nez. — Maladies du nez et du pharynx nasal, par Ward. (In-8°, *New York.*) Recherches sur les troubles d'accroissement et les déformations du maxillaire supérieur et du squelette nasal, à la suite de gêne de la respiration par le nez, par Otto Kœrner. (*Leipzig.*) — Coupes par congélation pour l'anatomie des fosses nasales, par B. Frænkel. (2e fascicule, *Berlin.*) — Quelques cas de parosmie, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre.) — Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-crânienne et orbitaire, par Kaplan (*Thèse de Paris,* 23 décembre.) — Deux cas de mucocèle du sinus frontal, par Mei. (*Ann. di ottalm.*, XX, 5.) — Diagnostic et traitement des maladies des sinus des fosses nasales, par P. Schech. (*Wien. med. Woch.*, 47 et 48.) — Rhinite pseudomembraneuse, par Scheinmann. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 16 novembre.) — Un cas de rhinite membraneuse, par Hunt. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Syphilis du nez, par Treitel. (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 7 décembre.) — Sur la syphilis tertiaire des fosses nasales, par Botey. (*Archivos intern. de laring.,* II, 12.) Acné hypertrophique du nez compliqué d'épithélioma, par Matignon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 décembre.) — Tumeur papillaire volumineuse s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par Noquet. (*Bull. méd. Nord*, 15.) — Polypes naso-frontaux avec lésion des deux parois du sinus frontal droit, de la paroi antérieure à gauche, par Espada. (*Cronica med. quir. de la Habana*, mai.) — Papillomes du nez, par Wright. (*N. York med. Journ.*, 26 décembre.) — Existence des cristaux de Charcot et de Leyden dans les tumeurs nasales, par Benno Lewy. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 août.) — Tic convulsif de la face, guéri par une médication nasale, par Félix Peltesohn. (*Berlin. klin. Wochens.*, 793, 10 août.) — Les déviations de la cloison nasale, par Collier. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Traitement de l'hypertrophie des cornets, par Whiting. (*N. York med. Journ.*, 12 décembre.) — Les instruments et la technique chirurgicale employés dans les affections des sinus du nez, par Cozzolino. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Obstruction nasale, causes et traitement, par Walsham. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 15.) — Rhinolithe, par R. Wagner. (*Münch. med. Woch.,* 48, p. 833.) — Mode d'emploi de l'acide trichloracétique dans le nez et le pharynx, par V. Szoldrski. (*Münch. med. Woch.*, 46, p. 806.) — Un miroir pour l'examen de l'arrière-cavité des fosses nasales, par L. Jankau. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 1038.)

O

Occlusion intestinale. — Étude expérimentale sur le météorisme local dans l'occlusion intestinale, par Kader. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 1.) — Le météorisme local dans l'étranglement interne, par Kader. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — De l'occlusion intestinale par calcul biliaire, par Dagron. (*Thèse de Paris,* 17 décembre.) — L'occlusion intestinale au

cours de la péritonite tuberculeuse, par Lejars. (*Gaz. des hôp.*, 5 décembre.) — Emploi du tabac dans l'obstruction intestinale, par Jones. (*Med. News*, 28 novembre.) — Traitement de la torsion de l'S iliaque, par Braun. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Laparotomie pour volvulus, par G. Turazza. (*Riforma medica*, 5 novembre.) — Étranglement interne guéri par l'opération, par G. Heilmann. (*Deutsche med. Woch.*, 39, p. 1107.)

Œdème. — Un cas d'œdème angionévrotique du poumon avec œdème de la peau, par Mueller. (*Corresp. Bl. f. schw. Ærzte*, 15 juillet.)

Œil. — Sept années de clinique ophtalmologique, statistique de la clinique de la Faculté de Nancy, par Rœhmer. (*In*-8°, 91 p., *Nancy*.)— Quelques mots sur l'enseignement de l'ophtalmologie, par Truc. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Ophtalmoscopie clinique, par de Wecker et Masselon. (2e édit., *Paris*.) — Traité d'hygiène oculaire, par Cohn. (*In*-8°, 240 p., *Vienne*.) — Sur l'œil du petit chat, par H. Hirschberg. (*Verhandl. der Berliner physiol. Gesells.*, 22 mai.) — Sur un muscle à fibres lisses observé dans la zone ciliaire de l'œil du thynnus vulgaris, par Faravelli. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Nouvelles recherches sur la physiologie des mouvements des yeux, par Landolt. (*Arch. d'opht.*, XI, 5.) — Du mouvement des yeux dans la lecture, par Bravais. (*Lyon méd.*, 29 novembre.) — Des mouvements apparents, par Ferri. (*Ann. di ottalm.*, XX, 5.) — La photographie du fond de l'œil, par Gerloff. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, décembre.) — Persistance de l'artère hyaloïde, par Price. (*Opht. Record.*, août.) — Expériences relatives à l'influence de la fatigue sur la vision, par D. Bocci. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre, p. 863.) — Des procédés modernes pour reconnaître la simulation de la cécité ou de la faiblesse visuelle, par L. Frœlich. (*Rev. médic. Suisse romande*, décembre.) — Sur deux cas d'héméralopie essentielle avec phénomènes de chromatopsie crépusculaire, guérison rapide par injections de pilocarpine et courants continus, par Audibert. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 1er novembre.) — De l'acuité absolue et relative de la vision dans les formes d'amblyopie, par Becker. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, décembre.) — Traitement des amblyopies et des amauroses par la strychnine, par Hoor. (*Gyogyarzat*, 30.) — Recherches expérimentales sur la production de l'exophtalmie et la pathogénie de l'œdème, par Boddaert. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 10, p. 690.) — Exophtalmos double, par Motais. (*Bull. soc. méd. d'Angers*, II, p. 60.) — Sur un cas d'exophtalmie chez un nouveau-né, par Philipsen. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Parésie trochléaire double avec paralysie partielle double de l'oculo-moteur, par Pflüger. (*Arch. f. Opht.*, XXXVIII, 4.) — De l'ophtalmoplégie d'origine nucléaire, par Rosiers. (*Thèse de Bordeaux*.) — Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie, par Lagrange. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3). — Paralysies bilatérales du muscle droit externe, par Dufour. (*Progrès médical*, 5 septembre.) — Trouble de la convergence oculaire, par Straub. (*Nederl. tijdsche. v. Geneeskunde*, 8.) — Recherches sur les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes, par Longchampt. (*Thèse de Montpellier*.) — Analyse de 158 cas d'ophtalmie purulente aiguë, par Spicer. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XIII, 2.) — Ophtalmie scrofuleuse guérie par quatre semaines de traitement par la tuberculine, par Schaffranck. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1199.) — De la ténonite, par Despagnet. (*Soc. d'opht. Paris*, 3 novembre.) — Pathogénie de l'ophtalmie sympathique, par Sérégé. (*Thèse de Bordeaux*.) — Traitement de l'ophtalmie sympathique, par Kœnig. (*Rev. de thérap.*, 5 décembre.) — De l'emploi de collyres aseptiques, par Pergers. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Des injections sous-

conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, par Darier. (*Arch. d'opht.*, XI, 5.) — De l'infection tuberculeuse de l'œil, par Michel. (*Sitz. phys. med. Ges. Würzburg*, 25 juillet.) — Diagnostic différentiel des affections tuberculeuses et gliomateuses de l'œil, par Jung. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Remarques sur la publication de Dönitz. (Guerison de la tuberculose oculaire), par Klebs. (*Deutsche med. Woch.*, 50.) — Sarcome du nerf optique. Extirpation totale du nerf, sans ablation du globe oculaire, par Lagrange. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 novembre.) — Sarcome du tractus uvéal, notes sur 103 cas, par Lawford et Collins. (*Roy. London ophth. hosp. Rep.*, XIII, 2.) — Excroissances dans la papille du nerf optique, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, juin.) — A propos de la résection du nerf optique, par Trousseau. (*Rec. d'opht.*, octobre.) — Des brûlures de l'œil, par de Boris. (*Thèse de Lyon.*) — Quelques cas de contusion oculaire, par Forgeot. (*Thèse de Montpellier.*) — Recherches anatomo-pathologiques sur les plaies de l'œil par éclats de capsules, par Kostenitsch. (*Arch. f. Ophth.*, XXXXVII, 4.) — De l'emploi de l'aimant en ophtalmologie, par Brun. (*Arch. de méd.*, décembre.) — Extraction d'un fragment de fer de l'œil avec l'électro-aimant, par Ferri. (*Ann. di ottalm.*, XX, 5.)

Œsophage. — Du spasme de l'œsophage, par Legendre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des diverticules de l'œsophage et de leur traitement, par V. Bergmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — De la gastrostomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrostomie sans obturateur et sans sonde à demeure, par Lafourcade. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 novembre.) — Epithélioma de l'œsophage à marche rapide, par Girode. (*Soc. anat. Paris*, décembre.)

Orbite. — Tumeurs de l'orbite secondaires ou provenant des cavités osseuses avoisinantes, par Stedman Bull. (*N. York med. Journ.*, 19 décembre.) — Formation du lymphome dans l'orbite, par Axenfeld. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Tumeur dans les deux orbites, mort, par Collins. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XIII, 2.)

Oreille. — Les médecins et l'otologie, par Ferreri. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 12.) — Clinique otologique annexe. Statistique de 1890, par Gellé. (*Union médicale*, 26 sept.) — Sur l'origine du nerf acoustique (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Recherches sur quelques rapports topographiques du temporal, par Kœrner. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.) — De la localisation du centre auditif, par Mills. (*Brain*, 56.) — Physiologie de l'oreille interne, par Fano et Masini. (*Gaz. degli ospedali*, 19.) — Le sens de l'orientation chez les grenouilles privées des labyrinthes membraneux, par Girard. (*Rev. méd. Suisse romande*, décembre, p. 773.) — Sphère auditive et mouvements de l'oreille, par B. Baginsky. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 227.) — De la sympathie qui existe entre les deux oreilles, par Steinbrugge. (*Deutsche med. Woch.*, 50.) — De l'exploration de l'appareil auditif, par Vizerie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Examen fonctionnel de l'oreille normale, par Siebenmann. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.) — Anomalies de développement du pavillon de l'oreille, par Petrona Eyle. (*Thèse Zurich.*) — Absence des deux oreilles, par Lindner. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 105, 10 août.) — Conformation du pavillon de l'oreille chez les criminels, par Gradenigo. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4 et *Giornale R. Accad. di medic. Torino,* septembre.) — Des troubles de l'audition chez les employés de chemins de fer, par Lichtenberg. (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre.) — Prophylaxie de la surdité, par Nimier. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 décembre.) — Des affections de l'oreille suite de grippe, par Scholze.

(*Deut. milit. Zeit.*, XX, 12.) — Quelques modalités fonctionnelles dans les lésions du nerf acoustique, par CARDOSO. (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — Étiologie des otites catarrhales, par MAGGIORA et GRADENIGO. (*Cent. f. Bakter.*, X, 19.)— De l'otite moyenne, par WACHSMUTH. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 7 novembre.) — Maladies de l'appareil auditif consécutives aux irrigations nasales et aux opérations sur le nez, par EITELBERG. (*Wien. med. Presse*, 23, p. 902.) — Note sur deux cas d'otite moyenne purulente contenant le bacille pyocyanique à l'état de pureté, par MARTHA. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Double nécrose du limaçon avec méningite consécutive et mort, par MAX. (*Wien. med. Wochenschrift*, 48.) — Des otites moyennes suppurées chroniques chez les recrues, par SCHOLZE. (*Deut. milit. Zeit.*, XX, 12.) — Résultats de l'examen de l'oreille dans le catarrhe tubaire, par SIEBENMANN. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.) — Destruction, ossification du labyrinthe suite de méningite, par STEINBRÜGGE. (*Ibid.*, XXII, 3 et 4.) — Affections du labyrinthe consécutives à la scarlatine chez l'enfant, par BAUMGARTEN. (*Ibid.*, XXII, 3 et 4.) — Abcès du cerveau suite d'otite moyenne aiguë, trépanation, guérison, par TRUCKENBROD. (*Ibid.*, XXII, 3 et 4.) — Complications cérébrales des otites, par A. ROBIN. (*Médecine moderne*, 26 novembre.) — Des complications auriculaires au cours de la leucocythémie, par MAGNIFICAT. (*Thèse de Lyon.*) — Surdité traitée par les injections de pilocarpine, par HILLS. (*Cambridge med. Soc.*, 10 juillet.) — Le dermatol dans les maladies de l'oreille, par DAVIDSOHN. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Le traitement de la suppuration attique, par l'excision des osselets, par MILLIGAN. (*Manchester med. Soc.*, 4 novembre.) — Des otomycoses, par SOULS. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Vertiges de Ménière, battements pulsatiles sur l'endotoscope, dénonçant l'otite, par GELLÉ. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, décembre.) —De l'atrophie des nerfs de l'oreille interne, par HABERMANN. (*Zeitsch. für Heilkunde*, XII, 4.) — Traitement de la maladie de Ménière, par MONGARDI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 2.) — Des polypes perforants de l'oreille, par GRÜNWALD. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.)

Oreillons. — Paralysie consécutive aux oreillons, par ALLYN. (*Med. News*, 28 novembre, p. 617.) — Dacryo-adénite aiguë suite d'oreillons, par SCHRŒDER. (*Klin. Monast. f. Augenh.*, décembre).

Os. — Des cellules éosinophiles de la moelle des os chez le lapin, par SCARPALETTI. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 4.) — Étude de la torsion normale et pathologique du fémur, appareil nouveau, par JOB. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la genèse, l'absence congénitale et la formation rudimentaire de la rotule, par BRUNNER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIV, 2.)—Anomalie de l'épicondyle, par SOLGER. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1205.) — Les modifications séniles des os, maladies osseuses séniles, par EVE. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.) — Contribution à l'étude des phlegmons iliaques sous-périostés, ostéo-myélite aiguë consécutive à une fracture multiple de l'os coxal droit, par MICHEL DANSAC. (*Gaz. méd. Paris*, 26 décembre.) — De l'ostéomyélite aiguë des côtes, diagnostic différentiel avec la pleurésie, par BARILLET. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur la présence du staphylococcus citreus dans un ancien foyer d'ostéomyélite, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Des injections d'huile iodoformée dans la tuberculose des os, des articulations et des tissus, par ARENS. (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 2.) — Productions ostéoformes souscutanées multiples chez un garçon de 10 ans, par PERRIN fils. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 361, juin.) — Un cas d'exostoses multiples avec trouble de la commissure des os, par FR. RUBINSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 794, 10 août.) — Cancer primitif du tibia, par FEIGEL. (*Przeglad*

lekarski, 36.) — Nature et traitement de l'ostéomalacie, par FEHLING. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, p. 408, 1er juillet.) — L'ostéomalacie dans l'Ergolzthal, par LUDWIG GELPKE. (*Bâle.*)

Ovaire. — Recherches expérimentales sur la sensibilité de l'ovaire, par BUYS. (*Arch. ital. de biol.* XVI, 1.) — Deux ovaires pathologiques et un utérus myomateux, par ZIEGENSPECK. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 749.) — Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire, pathogénie de ces kystes, par RÉPIN. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Kyste suppuré de l'ovaire droit, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 756.)— Maladies chirurgicales des ovaires et des trompes, la grossesse extra-utérine, par SUTTON. (*In-8°, Londres.*) — Résection partielle de l'ovaire et salpingorraphie, par POZZI. (*Bull. Soc. chir.*, XVII, 548.) — Sur la castration incomplète chez la femme, par ROUTIER. (*Ibid.*, p. 554.) — Sarcome de l'ovaire; castration unilatérale, grossesse gémellaire consécutive, par ROUTIER. (*Médecine moderne,* 31 décembre.) — Étude de l'endothelioma de l'ovaire, par ROSTHORN. (*Arch. f. Gynæk.*, XVI, 3.) — Laparotomie, ablation d'un cancer de l'ovaire, par STRONG. (*Boston med. J.*, 26 novembre.) — Ostéome de l'ovaire, par COE. (*N. York Acad. of med.*, 16 décembre.)

P

Palais. — Sur les avantages d'exécuter en deux séances les opérations d'uranoplastie et de staphylorraphie, par POLAILLON. (*Union médicale*, 21 novembre.) — Périostite syphilitique de la voûte palatine, par ABUTKOFF. (*Wratch*, 44.) — Hémorragie aiguë, apoplexie de la luette, par LE JEUNE. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre.)

Paludisme. — La vie des hématozoaires de la malaria, par HEHIR. (*Indian med. gaz.*, 9.) — Conservation des parasites paludéens vivants, par O. ROSENBACH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 839, 24 août.) — Sur quelques méthodes de coloration des parasites de la malaria, par R. FELETTI et B. GRASSI. (*Riforma medica*, 12 octobre.) — Contribution à l'étude de la microbiose malarique, par DANILEWSKI. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 12.) — Du polymitus malariæ, par DANILEWSKI. (*Centralbl. f. Bakt.*,IX, 12, p. 397.) — Sur la nature chimique du pigment malarien, par T. CARBONE. (*Giornal. R. Accad. di medic. Torino,* septembre.) — Étiologie de l'infection paludique d'après l'étude des parasites, par BARBACCI. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 2.) — La réfractariété des singes et des animaux en général à l'infection des hémoparasites malariques de l'homme, par ANGELINI. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Fièvre intermittente chez les ouvriers d'une fabrique nouvellement construite, par WILMANS. (*Deutsche med. Woch.*, 52.) — Quelques cas de fièvre rémittente, palustre, simple, observés au Sénégal, par MORGUE. (*Thèse de Montpellier.*) — Étude clinique des pneumonies post-paludéennes, par HADJI-COSTA. (*Rev. de méd.*, novembre.) — 3 cas d'affection oculaire d'origine paludéenne, par BAGOT. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Fièvre à forme rémittente, bilieuse, observée sur lui-même et traitée par le kinkélibah, par RANÇON. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Le sulfate de cinchonidine dans les différents types cliniques du paludisme, par GEMAYEL. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.)

Pancréas. — Développement du pancréas, par Stoss. (*Anat. Anzeiger*, VI, 23.) — Sur les altérations anatomiques consécutives à l'extirpation du pancréas chez les chiens, par Boccardi. (*Arch. ital. de biol.*. XVI, 1, et *Resoconto dell' Accademia medico-chirurgica di Napoli*, 1891.) — Hémorragie, inflammation, atrophie du pancréas, par Seitz. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.)

Pansement. — Recherches sur la désinfection et le nettoyage des instruments de chirurgie des formations sanitaires, par Maljean. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Sur la préparation de la gaze iodoformée, par Gay. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 5 décembre.) — Pansement à la charpie de papier de soie, par Conrad Brunner. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, nº 11, p. 341, 1er juin.) — De l'emploi du violet de méthyle dans le pansement des ulcérations cancéreuses, par Zilgien. (*Rev. médic. de l'Est*, 21, p. 657.)

Paralysie. — Sur un cas de claudication intermittente par oblitération artérielle probablement d'origine syphilitique, par Charcot. (*Bull. méd.*, 2 décembre.) — Mouvements choréiformes limités à la langue dans un cas d'hémiplégie interne, par Lépine. (*Revue de méd.*, novembre.) — Cas de paralysie radiculaire brachiale totale, par Onanoff. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Paralysie faciale bilatérale, une forme de la polynévrite, par J. Althaus. (*Deutsche med. Woch.*, nº 38, p. 1086.) — Paralysie bulbaire; mort, par Mader. (*Wien. med. Presse*, 33.) — Paralysies bilatérales du muscle droit externe, par Dufour. (*Progrès médical*, 5 septembre.) — Paraplégie spasmodique héréditaire, par Tooth. (*St-Barthol. hosp., Rep.* XXVII, p. 7.) — Note sur 234 cas de parésie; étiologie, par Bannister. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Etude sur la paralysie agitante, et les modifications de l'urine, par Leva. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 1.) — Astasie-abasie; obs. d'abasie trépidante paroxystique, associée à la paralysie agitante, par Knapp. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Paralysie agitante chez une jeune fille de seize ans, par Quintard. (*Bull. Soc. méd. d'Angers*, II, p. 6.) — Nécessité d'un traitement mécanique précoce dans la paralysie infantile, par Townsend. (*N.-York Acad. of med.*, 16 octobre.) — Traitement des difformités consécutives aux paralysies infantiles cérébro-spinales, par de Forest-Willard. (*Med. news*, 19 décembre.)

Paralysie générale. — Notes sur l'étiologie de la paralysie générale, par Tomlinson. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — De la mort subite dans la paralysie générale, par Guérin. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Observation de suicide chez un paralytique général, par Sizaret. (*Soc. méd. psych.*, 26 octobre.) — Rapports de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 546.)

Parole. — Des troubles de la fonction du langage dans l'onomatomanie, par Séglas. (*Médecine moderne*, 10 décembre.) — L'harmonie des voyelles, par V. Hensew. (*Zeits., f. Biologie*, XXVIII, p. 39.)

Paupière. — Adénome des glandes sébacées de la paupière inférieure, par J. Israel. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 709, 13 juillet.) — Du cancroïde de l'angle interne des paupières, par Valude. (*Arch. d'opht.*, XI, 5.) — Épithélioma de la paupière inférieure guéri par les injections de pyoctanine, par Socor. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, V, 5.)

Peau. — Recherches sur la perméabilité de la peau, par Traube Mengarini. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Le pompholyx, par Breda. (*Rivista clinica e terapeutica.*, 10, p. 547.) — Hydradénite destructive et suppurante, par Pollitzer. (*Monats f. prakt. Dermat.*, XIV, 4.) — Un cas rare de dermatite herpétiforme de Duhring, variété pustuleuse et végétante, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 décembre.) — Atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique, par Thibierge. (*Ibid.*, 10 décembre.) — De l'endothéliome de la peau, par Küster. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — De l'épithéliome folliculaire de la peau, par Israel. (*Ibid.*) — De l'angiokératome, par Pringle. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XIII, 11.) — Du dermatomyome multiple, par Lukaziewicz. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 1.) — L'ichthyol dans le traitement de quelques dermatoses, par di Lorenzo. (*Arch. ital. di pediat.*, novembre.) — De l'ichthyol et de son emploi en dermatologie, par Mourron. (*Thèse de Montpellier.*) — De quelques nouveaux médicaments employés dans la thérapeutique des affections cutanées et syphilitiques, en particulier comme succédanés de l'iodoforme, par Chatelain. (*Journ. des mal. cutan.*, juin.) — Épilation ; sa valeur en dermatologie, par Zeisler. (*Journ. of cut. dis.*, décembre.)

Pelade. — De la coexistence de la pelade avec l'urétrite blennorragique, par Müller. (*Corresp. Bl. f. schw. Ærzte*, 1er janvier.) — Traitement d'une pelade par les injections intradermiques, par Barthélemy. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 novembre.)

Pellagre. — De l'entérite pellagreuse en rapport avec l'étiologie de la pellagre, par Vassale. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.)

Pemphigus. — Sur deux cas de pemphigus, par Sormani. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 4.) — Note sur le pemphigus vegetans, par Nevins Hyde. (*Journ. of cut. dis.*, décembre.) — Pemphigus foliacé ; mort au 8e mois, par Klotz. (*Americ. J. of med. sc.*, décembre.)

Péritoine. — Nouvelle méthode pour injecter des liquides dans le péritoine des animaux en expérience, par Stevenson et Bruce. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 21, p. 689.) — Le lavage du péritoine dans la péritonite tuberculeuse, par Riva. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 5.) — Péritonite tuberculeuse ; laparotomie ; amélioration, par G. Turazza. (*Riforma medica*, 5 novembre.) — Péritonite tuberculeuse suppurée ; laparatomie ; guérison chez une fillette, par de Cérenville et Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 413, juillet, — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, par L. Monnier. (*Rev. gén. de clin.*, 46, p. 726.) — Traitement chirurgical de la péritonite purulente diffuse, par Wyder. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, p. 729, 1er décembre.) — Péritonite après l'accouchement ; ablation d'une pyosalpinx ; guérison, par Teichelmann. (*Lancet*, 5 décembre.) — Salpingite suppurée rompue dans l'ovaire et le péritoine ; laparotomie 42 heures après le début de la péritonite ; guérison, par Gottschalk. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 757, 27 juillet.) — Laparotomie pour kyste du mésentère ; guérison, par Goggans. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, p. 934, 12 décembre.) — A propos d'un kyste sanguin du mésentère, par G. Bianchi. (*Riforma medica*, 18 novembre.) — Corps libre de la cavité péritonéale, par Darier. (*Bull. Soc. anat. Paris*, octobre.)

Peste. — De la peste, par Proust. (*Progrès médical*, 28 novembre.)

Pharmacologie. — Note sur les alcaloïdes mydriatiques, par Bartholow. (*Med. News*, 12 décembre.) — Recherches pharmacologiques sur le ditiocarbonate de sodium, par Sabbatani. (*Bull. sc. med. di Bologna*, série VII, vol. II, et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Quelques recherches phar-

macologiques sur l'éther éthylsalicylique, par SABBATANI. (*Ann. di chimica*, XIII, 5.) — Contribution pharmacologique à la question de la constitution de la pseudo-éphédrine, par WILHEM FILEHNE. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 1.) — L'action physiologique de l'ouabaine, par SOILER. (*Therap. Gaz.*, 16 novembre.) — Notes expérimentales sur la laudanine, par FUBINI et BENEDICENTI. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Le haschisch, par MEURISSE. (*Thèse de Paris*, 2 décembre.) — Lupétidine e corps voisins. Effets physiologiques, par A. GURBER. (*Archiv für Anatom. und Physiol.*, p. 401, 1890.) — De l'action de l'ergotine sur la circulation et les mouvements de l'estomac, par WERTHEIMER et MAGUIN. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Des préparations de sozo-iodol, par KOCH. (*Wiener klin. Woch.*, 43.) — Sur le sulfonal, par YVON. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — La spermine, par LASSAR-COHN. (*Deutsche med. Woch.* 41, p. 1151.) — Du mode d'action des dérivés acides de l'antifébrine et de la phénacétine, par H. ARONSON. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1285.) — Du salophène, par PAUL GUTTMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 décembre.) — L'acétanilide et ses dérivés, par CHÉRON (*Union médicale*, 8 décembre.) — De la thymacétine, par JOLLY. (*Deut. med. Zeit.*, 103.) — Passage de l'arsenic de la mère au fœtus, par DE ARCANGELIS. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — Sur l'influence de l'iodure de potassium sur les échanges physiologiques de l'organisme, par PAGLIARI et G. REM-PICCI. (*Bull. Società lancisiana degli ospedali*, p. 377, *Roma*, 22 juin 1890.) — Mélanges de teinture de noix vomique et de liqueur de Fowler, par CHRISTIAENS. (*Union méd. Nord-Est*, 9.) — Sur l'accumulation du bromure de potassium dans l'organisme, par FÉRÉ et HERBERT. (*Soc. de biol.*, 5 décembre.) — Action des savons dans l'organisme, par J. MUNK. (*Archiv für Anat. und Physiol.* Suppl. Band, p. 116, 1890.)

Pharynx. — Atlas des maladies de la cavité bucco-pharyngée, par J. MIKULICZ et P. MICHELSON. (1re partie, *Berlin.*) — Pharyngite fibrineuse, par HAJEK. (*Int. klin. Rundschau*, 40.) — Des hémorragies pharyngées, par ROSENTHAL. (*Soc. laryng. de Berlin*, 20 mars.) — Affection ulcéreuse du pharynx et du larynx dans le cours de la fièvre typhoïde, par ROQUE. (*Province méd.*, 1.) — Deux cas de phlegmon infectieux aigu du pharynx, par DUBLER. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXVI, 3.) — Tuberculose pharyngée traitée par la méthode de Liebreich, par CARL BOGROFF. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 696, 13 juillet.) — 3 cas de mycosis pharyngé, par SPAANS. (*Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, 21 novembre.) — Statistique de 1,115 opérations de tumeurs adénoïdes, par MÉNIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre.) — Des végétations adénoïdes pharyngées; de leur traitement; complications, par NICULESCU. (*Thèse de Bucharest.*) — Tumeurs adénoïdes chez les sourds-muets, par WROBLEWSKI. (*Przeglad lekarski*, 23.) — Hypertrophie du tissu adénoïde pharyngo-nasal, par MARSH. (*Birmingham med. Review*, novembre.) — De la possibilité de la dégénérescence maligne des tumeurs adénoïdes chez l'adulte, par COZZOLINO. (*Il sordo-muto*, 18.) — Polype fibro-muqueux de la cavité naso-pharyngée, par FICANO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 12.) — Epithélioma du pharynx nasal, par MC BRIDE (*Brit. med. J.*, 19 décembre.) — Ablation de l'amygdale droite du pharynx et de la langue pour un sarcome, par MEYER. (*N. York surg. Soc.*, 14 octobre.)

Photographie. — La photographie des cavités, spécialement de l'estomac et de la vessie, par R. KUTNER. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1311.)

Phtiriase. — Phtiriase des paupières, par JULLIEN. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 décembre.) — Sur une phtiriase du cuir chevelu causée chez un en-

fant de 5 mois par le phtirius inguinalis, par Trouessart. (*Acad. des sc.*, 28 décembre.)

Pied. — Du traitement des pieds bots, varus, équins congénitaux, par Boy. (*Thèse de Bordeaux.*)—La ténotomie dans le traitement du pied bot, varus, équin, par Kirmisson. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre.) — Opération de Bond pour pied bot valgus, par Phelps. (*N.-York. Acad. of med*, 16 octobre.) — Cas de pied varus grave et invétéré; opération de Phelps; guérison, par Lo Grasso. (*Sicilia medica*, 8, p. 558.)

Pigment. — Sur le développement du pigment chez les amphibies, par Ehrmann. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 2.) — Formation du pigment dans les cellules de l'épiderme, par Jarisch. (*Ibid.*)

Pityriasis. — Un cas de pityriasis rubra pilaire, par Dubreuilh. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3.) — Du pityriasis rubra et de ses rapports avec la tuberculose, par Jadassohn. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 1.)

Placenta. — Développement du placenta humain, par Bumm. (*Sitz. ber. phys. med. Ges. Würzburg*, 5.) — Infarctus placentaires et albuminurie, par Cagny. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.)

Plèvre. — Variations provoquées des signes acoustiques dans les affections de la plèvre; influence de la compression du thorax, par Durnerin. (*Thèse de Lyon.*) — L'association des épanchements pleuraux et des affections abdominales, par Tait. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 novembre.) — Du traitement médical et chirurgical de la pleurésie avec épanchement, par Thiroux. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — La pilocarpine dans la pleurésie aiguë avec épanchement, par Santamaria y Bustamante. (*Independencia med.*, 15 octobre.) — Du diagnostic pathogénique des épanchements sanguins de la plèvre, par Tréhen. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Traitement chirurgical du pyothorax; remarque sur la méthode de Bulau, par Hofmokl. (*Klin. Zeit. und Streitfagen*, V, 5.) — Traitement du pyo-pneumothorax tuberculeux par la pleurotomie, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 novembre.) — Pleurésie purulente ancienne traitée avec succès par les injections au sublimé corrosif, par Mabille et Lallemant. (*Progrès médical*, 14 novembre.) — Cas de pleurésie purulente traités par la thoracotomie, par de Cérenville. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, 414, juillet.) — Faut-il faire des lavages antiseptiques après l'opération de l'empyème? par Kuhn. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.)

Poumon. — De l'innervation vaso-motrice des poumons, par Cavazzani. (*Riv. veneta di sc. med.*, XV, 4, et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Notes sur l'infection pneumonique, par Marchiafava et Bignami. (*Riforma medica*, 3 novembre.) — Sur l'infection pneumonique, par Foa et T. Carbone. (*Riforma medica*, 9 novembre.) — Pneumonie expérimentale chez le lapin produite par l'injection intratrachéale de bacilles tuberculeux morts, par Prudden. (*N. York med. Journ.*, 5 décembre.) — Sur la résistance du virus pneumonique dans les crachats, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 3, et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Expériences sur l'immunité et la guérison dans l'infection par pneumocoques, par G. Klemperer et F. Klemperer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 et 31 août.) — Foyers multiples de broncho-pneumonie consécutifs à une gangrène pulmonaire,

par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 704, 13 juillet.) — Le traitement de la pneumonie à la clinique de Pise. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 5 et 6 suppl.) — De la pneumonomycose, par Freyhan. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre.) — Note sur un cas d'emphysème pulmonaire, par Lermoyez. (*France méd.*, 41, p. 642.) — De l'apoplexie pulmonaire dans les artérioscléroses et les cardiopathies artérielles, par Périvier. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Du pneumothorax partiel inférieur à symptômes péritonéo-pleuraux, par Tolmer. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — Contribution au diagnostic du cancer pulmonaire, par C. de Regibus et F. Gurgo. (*Riforma medica*, 2 décembre.) — Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon, par Spillmann et Haushalter. (*Gaz. hebd. méd.*, 28 novembre.) — Contribution à la casuistique de la chirurgie du poumon, par Œhler. (*Münch. med. Woch.*, 41, p. 723.)

Prostate. — Du prostatisme, par Aldebert. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Du sarcome de la prostate, par Barth. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — 1° Prostatectomie latérale ; 2° extirpation de la prostate et de la vessie, par Küester. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.)

Prurigo. — Les alcalins contre le prurit universel, par Lange. (*Hospital Tidende*, 21.)

Psorospermie. — Psorospermose folliculaire végétante, par Robinson. (*Canadian practitioner*, p. 245.)

Psychose. — De la thérapeutique par suggestion dans les psychoses et les névroses, par Krafft-Ébing. (*Wiener klin. Woch.*, 22 octobre.) — Un cas d'amnésie générale, par Jelgersma. (*Nederl. tijdsch. v. Geneeskunde*, n° 12, 1891.)

Ptomaïne. — Nouvelles observations sur le pouvoir antifermentescible et antiputride des ptomaïnes, par Œschner de Coninck. (*Soc. de biol.*, 5 décembre.) — Sur quelques-unes des conséquences qui découlent de l'existence de ptomaïnes antiputrides et antifermentescibles, par Œschner de Coninck. (*Ibid.*, 19 décembre.) — Ptomaïnes, leucomaïnes et protéides bactériennes ; leur rôle dans l'étiologie des maladies, par Vaughan. (2e édit., *Philadelphie.*)

Puerpéral (État). — Mortalité par fièvre puerpérale à Berlin, Hambourg, Breslau et Munich en 1889, par George Meyer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 802, 10 août.) — Traitement des exsudats puerpéraux, par Fritsh. (*Ibid.*, p. 626, 22 juin.) — Du traitement des accidents qui reconnaissent pour cause une infection puerpérale récente, par Castan. (*Thèse de Montpellier.*) — La prophylaxie des affections puerpérales, par Hofmeier. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1321.)

Purpura. — Sur un cas de purpura infectieux, par Lannois et Courmont. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.)— Du purpura pneumonique, par Voituriez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 18 décembre.) — Du purpura iodique, par G. Lemoine. (*Médecine moderne*, 24 décembre.)

Pyohémie. — De l'infection purulente ; pustules de Colles, par Paulidés. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.

Q

Quinine. — La quinine comme poison du protoplasma, par C. Binz. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 1.)

R

Rachis. — Un cas grave de scoliose congénitale, par Sayre. (*N. York Acad. of med.*, 16 octobre.) — Des lésions de la moelle dans la scoliose de l'enfance, par Klippel. (*Bull. Soc. anat. Paris*, novembre, p. 600. — Le corset de bois dans le traitement de la scoliose, par C. Reymond. (*Rev. médic. Suisse romande*, XI, 406, juillet.) — Pronostic du mal de Pott, par Ketch. (*Boston med. J.* 19 novembre.) — Le diagnostic du mal de Pott, par Lovett. (*Americ J. of med. sc.*, décembre.) — Traitement des abcès du mal de Pott, par Townsend. (*Med. News,* 19 décembre.) — Abcès dans le mal de Pott, par Burrell. (*Med. News*, 12 décembre.) — Évacuation des abcès du rachis sans drainage, par Wright. (*Med. News,* 21 novembre.) Deux cas d'hydroméningocèle spinale, par Ceci. (*Gaz. d. osped.*, 59.) — Fracture de la colonne cervicale, par Terson. (*Soc. Anat.*, 18 décembre.) — Fracture de la colonne cervicale, par Lomberger. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.)

Rachitisme. — Vrais nains et nains par rachitisme, par Humphry. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.) — Un cas de rachitisme tardif des poignets, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 31 décembre.) — De la mégalosplénie rachitique, par Luzet. (*France méd.*, 49).

Rage. — La rage au point de vue psychologique, par Pierret. (*Province méd.* et broch., *Lyon.*) — Deuxième rapport au Comité consultatif d'hygiène sur la prophylaxie de la rage; par Chauveau. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, p. 502, juin.) — Rage atténuée, produite très probablement par les inoculations pastoriennes, par Sabarthez. (*Gaz. des hôp.*, 5 décembre.) — Sur les causes de l'atténuation des moelles rabiques, par Viala. (*Ann. Inst. Pasteur*, V. 11.) — Statistique du traitement antirabique à Varsovie, par Bujwid. (*Ibid.*, V, 11.) — Sur la vaccination antirabique, par Uffelmann. (*Wien. med. Presse*, XXIV, p. 942).

Rate. — L'auscultation de la rate, par Testi. (*Raccoglitore med.*, 20 novembre.) — Abcès de la rate, par Gentilhomme. (*Arch. de méd. navale*, décembre. — Kyste ancien de la rate, par Bonnet. (*Lyon méd.*, 20 décembre.)

Rectum. — Les maladies communes du rectum, par Heath. (*Brit. med. J.*,

19 décembre. — Malformation du rectum et imperforation de l'anus, par Snowball. (*Med. News.*, 21 novembre.) — Imperforation du rectum, par Clarke. (*London path. soc.*, 1er décembre.) — Prolapsus du rectum, par Kammerer. (*N. York surg. Soc.*, 28 octobre.) — Carcinome du rectum révélé par l'expulsion d'un fragment cancéreux par les selles, par Demiéville. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.)

Rein. — Développement et structure des capsules surrénales chez les oiseaux, par Rabl. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 4.) — De la terminaison des fibres nerveuses dans les capsules surrénales des mammifères, par Fusari, (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — La circulation du sang dans les reins sous l'action de quelques substances, par Albanese. (*Ibid.* XVI, 2 et 3.) — La mort des grenouilles après la destruction des deux capsules surrénales, par Abelous et Langlois. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — De l'excrétion d'azote dans les maladies du rein, par Mann (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.) — De l'acétonurie expérimentale, par Lustig (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — De l'acétonurie et de la glycosurie expérimentales, par Oddi. (*Ibid.*) — L'acétonurie et la diacéturie, par Chéron. (*Union méd.*, 24 septembre.) — Hématurie intermittente provoquée par la marche, par Lannois. (*Lyon méd.*, 27 décembre.) — Néphrite interstitielle; mort par rupture du ventricule gauche degénéré, par Picot. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 433, juillet.) — De la médication hydro-minérale dans la pyélite calculeuse, par Mabboux. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 décembre.) — L'emploi de la térébenthine dans le traitement des calculs rénaux et biliaires, par Ralfe. (*Lancet*, 5 décembre.) — Diagnostic des calculs du rein, par Guyon. (*Bull. méd.*, 6 décembre.) — Calcul urique du bassinet droit dans un rein de dimensions normales, néphro-lithotomie, guérison par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — De la néphrolithotomie, par Myles. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 11 décembre.) — L'hydropisie rénale, par Johnson. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.) — Des viscères flottants, par M. Mann. (*Deutsche med. Woch.*, 35, p. 1033.) — Rein gazeux; analyse des gaz, examen histologique, par Le Dentu. (*Bull. Acad. méd.*, 3 novembre.) — Pathogénie de l'hydronéphrose, par Hartmann. (*Gaz. hebd., Paris*, 28 novembre.) — Hydronéphrose traumatique, par Knox. (*Lancet*, 19 décembre). Les rapports du rein flottant avec l'hydronéphrose, par Lucas. (*Brit. med. Journ.*, 26 décembre.) — Nephrectomie pour un rein polykistique; mort par perforation tardive du côlon descendant, par Dandois. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, n° 8.) — Deux cas de tuberculose rénale opérés par W. Kœrte (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 658, 29 juin). — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du rein, par Guillemain. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 décembre.) — Résection transversale des reins, par Bardenheuer. (*Deutsche med. Woch.*, 45.) — Néphrectomie rétro-péritonéale, par Deschamps. (*Bull. Acad. de méd. Belgique,* 9, p. 669.)

Résection. — Résection de la cavité cotyloïde, par Schmid. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Résection concentrique partielle de la tête, du fémur et résection de la cavité cotyloïde, par Bardenheuer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 11. — Les effets désastreux de la resection précoce du genou chez l'enfant, par Gibney. (*N. York Acad. of med.*, 9 novembre.) — Deux cas de résection du genou par Ollier. (*Lyon méd.* 13 décembre.)

Respiration. — Influence de la lumière sur le chimisme de la respiration. Cbservations faites sur des animaux à l'état hibernant, par Fubini et Benedicenti. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 1.) — Respiration de l'air raréfié, par K. Mullenhoff. (*Verhand. der Berliner physiolog. Gesellsch.*, 17 avril.) —

Réflexe respiratoire de Bern, par J. Gad. (*Archiv für Anat. u. Physiol.*, p. 335.) — Du mode respiratoire pendant la gymnastique, par Couetoux, (*Ann. mal. de l'Or.*, décembre.)

Rétine. — Développement de l'épithélium pigmentaire de la rétine, par Ucke (*Petersb. med. Woch.*, II.) — Des spasmes des vaisseaux rétiniens et de leur influence sur la vision, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — Un cas de névro-rétinite syphilitique bilatérale guéri par l'électricité, par G. Norsa. (*Bull. Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, 22 juin 1890, p. 388.) — De l'embolie partielle de la rétine, par Perles. (*Ann. di Ottalm.*, XX, 5.) — Contribution à l'étude du gliome de la rétine, par W. Eisenlohr. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 3.) — Thérapeutique du décollement de la rétine, par Galtier. (*Ann. d'Ocul.*, décembre.)

Rhumatisme. — Cas mortel de rhumatisme avec érythème hémorragique, remarques sur le purpura rhumatismal, par Dyce Duckworth. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 1.) — Un cas de rhumatisme chronique infantile, par Diamantberger. (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 4, p. 271.) — Un cas de phlegmatia alba dolens dans le rhumatisme articulaire aigu, par G. Giavarini. (*Riforma medica*, 7 novembre.) — Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par l'antipyrine, par Roger. (*Thèse de Paris*, 10 décembre.) — Le traitement d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, par Robin. (*Union médicale*, 31 décembre.) — Le dithiosalicylate de soude comme antirhumatismal, par May et Voit. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, 1, p. 56.)

Rougeole. — Étude épidémiologique et prophylactique de la rougeole, par Lions. (*Thèse de Lyon.*) — Histoire du passage d'une rougeole dans un hôpital général, par Martin-Durr. (*Médecine moderne*, 17 décembre.) — Note sur les récidives de la rougeole, par Simon. (*Rév. méd. de l'Est*, 16.) Les broncho-pneumonies de la rougeole, par Morel. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 10 novembre.) — Paralysie consécutive à la rougeole, 41 cas, par Allyn. (*Med. News*, 28 novembre.) — De l'hydrothérapie dans la rougeole, par Fodor. (*Blätt. f. klin. Hydroth.*, 3.) — Efficacité de la cocaïne contre la rougeole ataxique, par Poulet. (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.)

Rubéole. — De la rubéole, par Alliot. (*Thèse de Bordeaux.*)

S

Salive. — La salive humaine et les micro-organismes de la bouche, par Sanarelli. (*Cent. f. Bakt.*, X,25).—Calcul salivaire du conduit de Wharton, par Schmolka. (*Prager med. Woch.*, 52.)

Sang. — Sur les plaquettes du sang des mammifères, par Bizzozero. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 27, et *Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.)— Formation

des leucoblastes et des érythroblastes dans les organes hématopoiétiques, par Lœwit. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVIII, 4.) — Les corpuscules du sang des crustacés, par Hardy. (*Journ. of phys.*, XIII, 1.) — Volume des globules rouges et blancs du sang à l'état sain et à l'état de maladie, par Daland. (*Fortsch. d. Med.*, 15 octobre.) — Des hématozoaires des oiseaux, voisins de l'hématozoaire du paludisme, par Laveran. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Recherches sur le sang chez les enfants, par Hock et Schlesinger. (*Centrbl. f. klin. Med.*, 46.) — Sur un indicateur des ondes sanguines, par H. Cowl. (*Verhandl. der berliner physiol. Gesellsch.*, 25 avril 1890.) — Passage du sucre du sang dans différents liquides de l'organisme, par F. Weyert. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 187.) — Sur les variations des pouvoirs glycolytique et saccharifiant du sang dans l'hyperglycémie asphyxique, dans le diabète phlorridzique et dans le diabète de l'homme, et sur la localisation du ferment saccharifiant dans le sérum, par Lépine et Barral. (*Acad. des sc.*, 28 déc.) — Étude des variations de la capacité respiratoire du sang; applications thérapeutiques; antidote du saturnisme, de l'hydrargyrisme, par Peyron. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Sur l'hémoglobine, par M. Siegfried. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, p. 401, 1890.) — Des modifications de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine chez des phtisiques traités par les injections de liquide testiculaire, par Hénocque. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Injection dans le sang d'extraits liquides du foie, du pancréas, du cerveau et de quelques autres organes, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*, IV, 1.) — Action directe du sulfure, du séléniure et du tellure d'hydrogène sur l'hémoglobine, par Bruère. (*Journ. of anat.*, oct.) — Nouvel agent styptique; moyen d'augmenter la coagulabilité du sang dans les cas d'hémophilie, d'anévrisme ou d'hémorragie interne, par Wright. (*Brit., med. J.*, 19 déc.) — Étude physiologique et thérapeutique du sérum, par Delangle. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Des propriétés microbicides du sérum humain et de son emploi en thérapeutique, par Magnant. (*Bull. de thérap.*, 30 déc.) — Sur l'action toxique et bactéricide du sérum du sang des aliénés, par d'Abundo. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 4.) — De l'action délétère du sang chez les protistes, par Faggioli. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Des coagulations intravasculaires dans certaines intoxications. Réponse à O. Silbermann, par Marchand. (*Deutsche med. Woch.*, 35, p. 1038.) — Carcinome et diminution de l'hémoglobine du sang, par Neusser. (*Wien. med. Presse*, 35.)

Sarcome. — Étude du sarcome, par Coley. (*Annals of surg.*, 3.) — Fibrosarcome du dos, par Strohe. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 805, 10 août.)

Saturnisme. — Intoxication saturnine rare, par Guyot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 novembre.) — Intoxication saturnine chez un enfant de cinq ans et demi, par Variot et Gastou. (*Ibid.*, 23 octobre.) — Intoxication plombique par une voie peu ordinaire, par Bourguet. (*Gaz. des hôp.*, 22 déc.)

Scarlatine. — Contagiosité et durée d'incubation de la scarlatine, par Bacon. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 déc.) — De la durée anormale d'incubation de la scarlatine, par Bokai. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 1.) — Altération du sang dans la scarlatine, par Kotchetkow. (*Wratch*, 10 oct.) — Troubles nerveux post-scarlatineux, par Thomas. (*Revue méd. Suisse romande*, décembre.) — Prophylaxie de la scarlatine, par Musatti. (*Arch. ital. di pediat.*, p. 74.)

Septicémie. — Des bactéries de la septicémie hémorragique, choléra des

porcs, par Caneva. (*Centralbl. f. Bakt.*, IX, 17, p. 557.)—Diplocoque pneumonique et bactérie de la septicémie hémorragique du lapin ; note sur l'immunisation et sur l'importance thérapeutique de la transfusion du sang et du sérum des animaux doués de l'immunité, par Bonome. (*La Riforma medica*, 30 novembre.)

Serpent. — Morsure de vipère à cornes suivie de mort, par Chavasse. (*Arch. de méd. milit.*, déc.)

Sommeil.— Physiologie du sommeil, par Léo Breisacher. (*Archiv für Anat. uud Physiol.*, 321.)

Strabisme. — Etiologie du strabisme divergent, par Parinaud. (*Ann. d'ocul.*, nov.).

Sueur. —De l'influence locale des alcaloïdes sur la sécrétion sudorale, par Aubert. (*Lyon méd.*, 27 déc.)

Surdi-mutité. — Un cas de surdi-mutité suite de rougeole, par Mygind. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.) — Les sourds-muets en Danemark, par Mygind. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3 et 4.)

Syphilis. — Manuel des maladies vénériennes ; résumé du traitement le plus approprié, par Culver. (*Philadelphie.*) — La syphilis et son influence sur la guérison des lésions chirurgicales, par Lydston. (*Med. News*, 26 déc.) — Des modifications du sang dans la syphilis et sous l'influence du traitement mercuriel, par Bieganski. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 1.) — Les conditions maternelles dans la syphilis congénitale, par Nunn. (*Lancet*, 26 déc.) — De la syphilis conceptionnelle, syphilis précoce et tardive, par Godinho. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie, par Le Camus. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — L'immunité de la mère dans la syphilis hérédo-paternelle, par Diday. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Histologie de la syphilis congénitale du rein et du poumon, par Strœbe. (*Cent. f. allg. Pathol.*, II, 24.) — Syphilis héréditaire, par van der Horck. (*Northwestern Lancet*, 18.) — Cas d'hérédo-syphilis tardive oculaire et articulaire, par Crouzet. (*Rec. d'opht.*, 10.) — De la syphilis héréditaire dans les hospices d'enfants, considérée dans ses rapports avec la nouvelle loi sur la police sanitaire des mœurs, par L. Concetti. (*Riforma medica*, 12 nov.) — Syphilis héréditaire tardive chez un sourd-muet, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 710, 13 juill.) — Des chancres extragénitaux, par V. Düring. (*Mon. f. prak. Derm.*, XIII, 11.) — Chancre induré de la lèvre supérieure, de 4 1/2 cent. de large sur 2 1/2 de long, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 709, 13 juillet.) — Chancre syphilitique de la paupière, par Mazet. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, II, 3.)—Recherches cliniques et histologiques sur la syphilis des amygdales et du voile du palais, par Neumann. (*Wiener klin. Woch.*, 3 déc.) — Recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales sur les combinaisons de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis, en particulier du côté de la peau, par Leloir. (*Journ. des mal. cutan.*, sept.) — Lymphangite syphilitique secondaire, par Cordier. (*Lyon méd.*, 20 déc.) — Trois cas d'ictère survenus pendant la période secondaire de la syphilis, par Chapotot. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — Sur une éruption bromurée et une syphilide annulaire tuberculeuse, par Taylor. (*Journ. of cutan. dis.*, déc.) — Syphilis galopante avec gommes de la rétine, par G. Lewin. (*Berlin.

klin. Wochens., p. 710, 13 juillet.) — Un cas de syphilis maligne précoce par BROUSSE. (*Ann. de derm.*, II, 12.) — Gommes primitives de l'épididyme, par ROSENTHAL. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) —Gomme du biceps, du sein, de l'épididyme, simulant des tumeurs malignes, par KREIDER. (*Med. News*, 26 déc.) — Sur un cas de syphilide tuberculeuse tertiaire érosive par E. BARBIER. (*Languedoc médic.*, 25 décembre.) — Deux cas très graves de syphilis cérébrale guéris par un traitement spécifique énergique, par LUZZATTI. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 5 et le supplém.) — Sur l'intervention chirurgicale énergique dans les gommes ulcérées, par JACOBS. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, p. 233.) — De l'hygiène des syphilitiques, par RENAUT. (*Rev. gén. de clin.*, 43 et 44.)—Pathologie et traitement de la syphilis, par KAPOSI. (In-8°, 496 p., *Stuttgardt.*)—Notes sur le traitement de la syphilis en Allemagne et en Autriche, par PAUL RAYMOND. (*Broch., Paris.*) — De l'excision du chancre syphilitique au point de vue pratique, par RENAULT. (*Ann. de dermat.*, III, 1.) — Traitement de la syphilis par les mercuriaux; remarques sur la néphrite chez les syphilitiques, par LANG. (*Cent. f. ges. Therap.*, X, 1.) — Les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôpit.*, 26 nov.) — Sur l'action du mercure dans la syphilis, par RIETEMA. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XIII, 12.)

T

Tænia. — Le tænia inerme et sa thérapeutique chez l'enfant, par BAUMEL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 19 décembre.)

Teigne. — Quatre variétés de tricophyton, par FURTHMANN et NEEBE. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XIII, 11.) — Favus squameux généralisé, par LEGLUDIC. (*Bull. Soc. Méd. d'Angers*, II, p. 69.) — Favus de la face, par A. ROSSI. (*Riforma medica*, 13 octebre.)

Température. — Les modifications de la température dans la fièvre et sous l'influence des antipyrétiques, par STERN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 1 et 2.)

Tendon. — Recherches sur la guérison des plaies des tendons, en particulier après la section du tendon d'Achille, par BUSSE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 1.) — Allongement des tendons par mobilisation de leur insertion osseuse et par incision en accordéon, par PÉCHAUX. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de rupture du tendon d'Achille guéri par l'extension et le massage, par H. SECRETAN. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.)

Testicule. — Processus dans le testicule des grenouilles aux différentes saisons, par A.-J. PLŒTZ. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, suppl. Band. 1890, p. 1.) — De l'azoospermie, par LEHRICH. (*Thèse de Kiel.*) — Pathogénie de l'hydrocèle congénitale, par VERNEUIL. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVII, p. 597.) — Hydrocèle péritonéo-vaginale funiculaire guérie par la

ponction et l'injection iodée, par Brault. (*Lyon méd.*, 6 décembre.) — De la vaginalite chronique cause de l'hydrocèle, par Regnault. (*Soc. anat.*, p. 662, décembre.) — Le traitement de l'épididymite, par Alexander. (*Journ. of cut. dis.*, décembre.) — Gangrène du testicule, par Gerster. (*N. York surg. Soc.*, 11 novembre.) — Gangrène suraiguë du scrotum, par V. Buengner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Kystes du cordon spermatique et leur traitement, par Gross. (*Semaine méd.*, 9 décembre.) — Mélanosarcome primitif de l'épididyme, par Rydygier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Résultats d'injections de liquide testiculaire faites dans le service des enfants à l'hôpital Saint-Sauveur, par Ch. Fleury. (*Bull. méd. du Nord*, 16, p. 394.) — Quelques mots sur des faits nouveaux démontrant la puissance dynamogénique du liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Nouveaux modes de préparation du tissu testiculaire pour les injections sous-cutanées, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

Tétanos. — Des doctrines relatives au tétanos, historique et critique, par Schnell et Bossano. (In-8°, 211 p., *Paris.*) — L'immunité contre le tétanos étudiée chez les animaux les plus accessibles à cette infection (cobayes, lapins, taupes), par G. Tizzoni et G. Cattani. (*Riforma medica*, 12 août.) — Démonstration expérimentale de la virulence du tétanos, par Pla. (*Cronica med. quir. la Havane*, p. 445.) — Sur l'existence d'un principe conférant l'immunité contre le tétanos dans le sang des animaux soumis au traitement de Koch, par G. Tizzoni et E. Centanni. (*Riforma medica*, 11 décembre.) — Recherches expérimentales sur la diffusion du virus tétanique et sur sa résistance aux agents extérieurs, par E. Turco. (*Riforma medica*, 16 octobre.) — Tétanos spontané mortel chez l'enfant d'origine vraisemblablement diphtéritique, par Tschlenoff. (*Corresp. Bl. f. schw. Ærzte*, 15 juillet.) — Cas grave de tétanos chez un enfant guéri par les injections de sublimé, par Celli. (*Arch. ital. di pediat.*, novembre.) — Sur un cas de tétanos traumatique guéri par les injections d'acide phénique (méthode de Baccelli), par Strazzeri et Titone. (*Riforma medica*, 10 novembre.) — Tétanos traumatique guéri par le chloral et la fève de Calabar, par Radcliffe. (*Therap. Gaz.*, 16 novembre.) — Un cas de guérison de tétanos traumatique par l'antitoxine tétanique de Tizzoni et Cattani, par Schwarz. (*Cent. f. Bakt.*, X, 24 et *Riforma medica*, 15 octobre.)

Thérapeutique. — Sur l'accumulation du bromure de potassium dans les tissus, par Féré. (*Soc. de biol.*, 21 novembre.) — Sur la toxicité comparée des bromures en injections intra-veineuses, par Féré. (*Ibid.*) — De la toxicité des sels minéraux, bromures, iodures, chlorures, par Richet. (*Ibid.*) — Sur les sels de strontium en thérapeutique, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 12 décembre.) — De l'action des fluorures alcalins sur l'organisme, par Carmelo Lazzaro. (*Sicilia medica*, p. 405.) — Étude expérimentale du tartre stibié, par Pernet. (*Thèse de Montpellier.*) — Expérience personnelle sur la valeur de l'arsenic, par Bulkley. (*Journ. of cut. dis.*, décembre.) — Sur la valeur physiologique et thérapeutique du fer inorganique, par Oddi et Lo Monaco. (*Sperimentale*, 15 juillet.) — Fer et chlorose. Remarques pratiques sur le choix et le mode d'administration des meilleures préparations ferrugineuses, par Liégeois. (*Revue méd. de l'Est*, 18.) — De l'action diurétique du calomel, par Bezou. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Valeur thérapeutique de la térébenthine, par Chapman. (*Lancet*, 28 novembre.) — L'érythrophléine, médicament cardiaque, par G. Sée. (*Médecine moderne*, 3 décembre.) — La strychnine comme antispas-

modique, par Benedikt. (*Wiener med. Woch.*, 36.) — Sur l'action de la diurétine, par Kress. (*Münch. med. Woch.*, 46, p. 809.) — De la convallamarina et de la convallamarine, par Bustamente. (*Siglo medico*, 4 octobre.) — Sur l'emploi de la teinture de coronille bigarrée en thérapeutique, par Poulet. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.) — Vésication par le mercure, par Aubert. (*Lyon méd.*, 20 décembre.) — D'un nouvel emploi du bleu de méthylène, par C. Paul. (*Soc. de thérap.*, 23 décembre.) — De l'action antimalarique du bleu de méthylène, par Mya. (*Sperimentale*, 31 décembre.) — De quelques usages de l'antipyrine, par B. Martin. (*Union méd.*, 20 octobre.) — Température au-dessous de la normale après administration de l'antifébrine, par Horton. (*Med. News*, 19 décembre.) — Du dermatol; étude bactériologique et thérapeutique, par Bluhm. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De l'huile d'olive en thérapeutique, par Pillion. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des savons médicinaux, par August Santi. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, p. 393, 1er juillet.)

Thorax. — Plaie pénétrante du thorax par balle de revolver, par Schmit. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 600.) — Extirpation d'une côte cervicale avec compression du plexus brachial, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 1.) — Tumeur du médiastin, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1220, 21 décembre.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur le diagnostic des tumeurs de la cavité thoracique. (*Ibid.*, 7 décembre.)

Thrombose. — Thrombose des veines cave, porte et mésentérique, par Handford. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 18 novembre.)

Thyroïde. — Recherches sur la glande thyroïde, par L. Breisacher. (*Arch. für Anat. und Physiol.*, 1890, p. 509.) — Sur les fonctions du corps thyroïde, par Gley. (*Soc. de biol.*, 19 décembre.) — Contribution à l'étiologie du goitre, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 22, p. 690.) — Du goitre endémique, par Armaingaud. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 octobre.) — Sur le goitre plongeant rétro-sternal, rétro-claviculaire et endothoracique, par Battin. (*Thèse de Montpellier.*) — Les modifications du goitre et du périmètre cervical chez les recrues pendant le service militaire, par Guttinger. (*Thèse de Zurich.*) — Thyroïdite kystique suppurée neuf mois après une adénite cervicale chez une femme, par Martin et Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 433, juillet.) — Du traitement cataphorétique du goitre par l'iode, par Mc Guire. (*New Orleans med. Journ.*, décembre.) — Traitement du goitre par l'électrolyse ; 4 cas, par Shields. (*Med. Soc. of Virginia*, 6 octobre.) — Goitre parenchymateux suffocant ; énucléation ; guérison sans accidents tardifs, par Christovitch. (*Bull. de thér.*, 15 décembre.) — De l'énucléation intraglandulaire des goitres solides, par Chamozzi. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — De l'énucléation intraglandulaire des nodules du goitre favorisée par l'hémostase (procédé de Bose), par Poppert. (*Deutsche med. Woch.*, 52.) — Une première énucléation de goitre en Suisse, le 26 juillet 1737 (mort par hémorragie), par Baumann. (*Correp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, p. 737, 1er décembre.) — Neuf cas de maladie de Graves ; ophtalmoplégie ; remarques sur les symptômes palpébraux, par Maude. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 133) — Œdème dans la maladie de Graves, par Maude. (*Practitioner*, décembre.) — Traitement du goitre ophtalmique par la faradisation, par A. Vigouroux. (*Gaz. des hôp.*, 1er décembre.) — Maladie de Basedow guérie par une opération nasale, par Musehold. (*Soc. laryng. Berlin*, 20 novembre.)

Torticolis. — De l'asymétrie du crâne dans le torticolis, par Kurelle. (*Cent. f. Nervenh.*, août.) — De l'origine du torticolis musculaire congénital, par Witzel. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 1 et 2.) — Du torticolis musculaire congénital, par Petersen. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Torticolis spasmodique traité par la neurectomie du spinal, par Appleyard. (*Bradford med. chir. Soc.*, 1er décembre.)

Trachée. — Traitement de la trachéite par les inhalations chaudes de menthol, par Martin et Lubet-Barbon. (*Bull. Soc. de laryng., Paris*, 6 novembre.) — Trachéotomie et gavage, par Bernard. (*Bull. méd. du Nord*, 18.) — Influence de la trachéotomie sur les affections du larynx, par Arthur Kuttner. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 865, 31 août.)

Transfusion. — Nouvelle méthode de transfusion, par Wright. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.)

Trépanation. — Note complémentaire sur un nouveau procédé de trépanation par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique, par Toison. (*Journ. de méd. Lille*, 4 décembre.) — Trépanation chez une enfant de 9 ans présentant des impulsions; amélioration ; mort par tuberculose ; tubercule cérébral du lobe frontal droit, par Royet. (*Lyon méd.*, 13 décembre.)

Tuberculose. — Tuberculose aviaire et humaine ; action de la chaleur sur la fertilité et la virulence du bacille tuberculeux, par Grancher et Ledoux-Lebard. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — De l'état réfractaire du singe à la tuberculose aviaire, par Héricourt et Richet. (*Soc. de biol.*, 28 novembre.) — Présence du bacille tuberculeux en dehors du corps dans les prisons, par Kustermann. (*Münch. med. Woch.*, 44 et 45, p. 773 et 795.) — Recherches chimiques et biologiques sur les poisons contenus dans les crachats et les virus tuberculeux, par Bonardi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 5.) — Nouvelles études concernant les bacilles tuberculeux découverts par Koch, mais qui n'existent pas ; l'erreur de sa doctrine sur l'étiologie de la tuberculose ; la non-valeur et les dangers de son nouveau procédé de guérison, par Middendorp. (In-8°, *Paris.*) — Fréquence de la tuberculose dans l'agglomération zuricoise pendant les vingt dernières années (elle n'a pas éprouvé la même augmentation que la population), par O. Wyss. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, p. 371, 15 juin.) — Les causes de la tuberculose. Son traitement, par Peter. (*Union médicale*, 19 novembre.) — Phtisie traumatique ; transmission consécutive par contagion, par Reyes. (*Atti d. Accad. di sc. Palerme*, p. 13, 1890.) — Sur l'hyperthermie au début de la phtisie aiguë, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris.*, 7 novembre.) — Sur les nouveaux critériums qui font reconnaître les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, par Maragliano. (*La Riforma medica*, 21 novembre.) — Notes sur un cas de tuberculose miliaire aiguë, par Pepper. (*Med. News*, 28 novembre.) — La tuberculose intestinale, par Lyon. (*Gaz. des hôp.*, 28 novembre.) — Infection tuberculeuse débutant par une paraplégie avec poussée du côté de l'épididyme et accidents pulmonaires terminaux, par Agostini. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Deux cas de tuberculose avec pigmentation cutanée et dépôts dans les capsules surrénales, par Andrewes. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 109.) — Étude clinique et étiologique sur la tuberculose cutanée, par White. (*Boston med. Journ.*, 12 novembre.) — Pathologie de la tuberculose cutanée, par Bowen. (*Ibid.*) — Traitement, par Fox. (*Ibid.*) — Gomme tuberculeuse du creux axillaire) curettage,

pansement de Mikulicz, guérison, par P. Laguerre. (*Languedoc médical*, 25 décembre.) — Tuberculose tubaire et péritonéale ; étude du diagnostic, par Edebohls. (*Americ. gyn. Soc.*, septembre.) — Sur l'histoire du développement et du mode de propagation de la tuberculose des articulations, par Pawlowsky. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 2.) — La fréquence de la tuberculose osseuse et articulaire suivant l'âge, le sexe, l'état social, par Alfer. (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 2.) — Prophylaxie de la phtisie chronique, par Gabrilowicz. (*Wien. med. Wochens.*, 48) — Recherches expérimentales sur la guérison de la tuberculose, par Berlioz. (*Ann. enseig. sup. de Grenoble*, III, 3.) — Essais d'injections sur les produits de la nutrition des bacilles tuberculeux, par Carl Stern. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 770, 3 août.) — Le carbonate de gaïacol dans la tuberculose, par Rich. Seifert et Fr. Hœlscher. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre.) — Du traitement de la tuberculose par les solutions antiseptiques à base de gaïacol, par Pignol. (*Médecine moderne*, 12 novembre.) — Les injections hypodermiques de gaïacol et d'eucalyptol iodoformés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par L. Scarpa. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Sur l'emploi des injections d'eucalyptol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Monnier. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Sur l'administration de la créosote par les lavements d'eau créosotée, par Chabaud. (*Semaine méd.*, 16 décembre.) — La créosote dans la tuberculose pulmonaire, par Robinson. (*N. York Acad. of med.*, 17 novembre.) — Des résultats cliniques du traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote à hautes doses, par Guitter. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 décembre.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par le tannin, par Michel. (*Union méd. Nord-Est*, 9.) — Résultats du traitement de Shurly-Gibbes pour la tuberculose à Asheville, par Taylor. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — L'emploi du cantharidate de potasse dans la tuberculose pulmonaire, par Fenwick et Welsford. (*Brit. med. Journ.*, 26 décembre.) — Hématothérapie ; résultats expérimentaux et cliniques obtenus par les injections du sang des caprins dans le traitement de la tuberculose et par les injections du sang des bovidés dans le traitement de la morve expérimentale, par Bertin et Picq. (Broch., *Nantes*.) — La préparation de la tuberculine, par Klebs. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1233.) — Effets de la tuberculine sur la teberculose expérimentale de l'œil chez le lapin, par Dönitz. (*Ibid.*, n° 47, p. 1289.) — L'injection de faibles doses de tuberculine, par Woss. (*Ibid.*, 49.) — Action chimiotaxique de la tuberculine sur les bactéries, par Kluge. (*Cent. f. Bakt.*, X, 20.) — Téorie physiologique du mode d'action de la tuberculine et des produits de la nutrition des bacilles, par O. Hertwig. (*Iéna*.) — Recherches expérimentales sur la valeur chimiotaxique de la tuberculine, par E. Burci. (*Riforma medica*, 20 octobre.) — Des résultats obtenus avec la lymphe de Koch, par Mantegazza. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 4.) — La tuberline, par Roux. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 11.) — Application des injections de tuberculine au diagnostic de la tuberculose bovine, par Duclaux. (*Ibid.*, VI, 1.) — Sur les altérations des bacilles tuberculeux attribués à la lymphe de Koch, par A. Castranovo. (*Riv. gener. ital. di clin. medica*, 19, p. 442.) — La tuberculine de Koch à l'hôpital communal de Copenhague, par Brunniche, Ravn, Trier, Arendrup, Pontoppidan, Friis. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 30.) — Douze cas de tuberculose traités par la méthode de Koch, par G. Vaiana et S. Tusa. (*Sicilia medica*, p. 376.) — Effet de la tuberculine ser les pleurésies séro-fibrineuses, par Netter. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 juillet.) — Action de la tuberculine sur le sang, par Bond. (*Brit. med. J.*, 5 décembre.) — De l'action de la tuberculine dans l'enfance, par V. Ranke. (*Münch. med. Woch.*, 42 et 43, p. 737, et 758.) — Des résultats du traitement par la tuberculine des tuberculoses

chirurgicales de l'enfant, par Leser. (*Ibid.*, 47 et 48, p. 817 et 834.) — La tuberculine de Koch dans le traitement de la tuberculose, par Varese et Pinna. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 3.) — Sur l'action de la tuberculine chez les phtisiques, par Petrone. (*Ibid.*) — Quatre cas de phtisie pulmonaire circonscrite, guéris actuellement par le remède de Koch, par E. Maragliano. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 585, 15 juin.) — Revue générale des maladies traitées par le remède de Koch à la clinique chirurgicale de la Charité, par A. Kœhler, Bardeleben, Muhlack, Salzwedel et R. Koehler. (*Ibid.*, 22 juin.) — Dangers des cures de tuberculine pour les voies respiratoires, par Fürbringer. (*Ibid.*, 29 juin.) —Même sujet, par Virchow. (*Idem.*, p. 704, 13 juillet.) — Bons résultats du traitement antituberculeux de Koch, par Ewald. (*Idem*, p. 705.) — Observations sur l'emploi de la lymphe de Koch, par Thorner. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Les phénomènes de la nutrition chez les tuberculeux soumis au traitement de Koch, par G. Klemperer. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Du traitement de la tuberculose par la tuberculine, par G. A. Sacharjin. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Altérations morphologiques du sang à la suite des injections du liquide de Koch, par N. Tschistowitsch. (*Ibid.*, 24 août.) — Le remède de Koch d'après les expériences sur les animaux, par P.-M. Popoff. (*Ibid.*, 31 août.) — Récents travaux de pathologie expérimentale sur l'action de la tuberculine, par P. Baumgarten. (*Ibid.*, décembre.) — Discussion de la Société des médecins de la Charité sur le traitement par la tuberculine de la tuberculose inoculée à l'œil de lapin. (*Ibid.*) — Le traitement anti-tuberculeux de Koch à l'hôpital de Munsterlingen, par O. Rappelet. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er mai.) — Deux cas de tuberculose pulmonaire traitées par les injections de Koch; morts brusques dans le collapsus; lésions récentes à l'autopsie, par Rütimeyer (*Ibid.*, 15 juillet.)

Typhoïde. — De la recherche des bacilles typhoïdiques dans l'eau de puits à l'aide d'un appareil à sédimentation, par Finkelnburg. (*Hygienische Rundschau*, I, 510.) — L'eau potable comme moyen de transmission de la fièvre typhoïde, 2e note, par de Blasi. (Broch. in-4°, *Palerme*, 1890.) — De la recherche des bacilles typhoïdiques, par J. Uffelmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 857, 31 août.) — Remarques explicatives sur les variétés naturelles du bacille de la fièvre typhoïde, par Babes. (*Centralbl. f. Bakt.*, X, 9, p. 281.) — Epidémie de fièvre typhoïde propagée par le lait, par Schrœder. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte* et *Hygienische Rundschau*, I, 550, 15 juillet.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Lormes (Nièvre) en 1890 (présence du bacille dans les eaux potables), par Albert Josias. (*Annales d'hyg. publ.*, décembre.) — Note sur l'atténuation et les localisations de la fièvre typhoïde à Fougères, par L.-H. Thoinot et Perrin de la Touche. (*Annales d'hyg. publ.*, décembre.) — Fièvre typhoïde et embarras gastrique; histoire d'une épidémie, par Richardière. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 décembre.) — Considérations sur 26 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital civil, par P. Parisot. (*Revue méd. de l'Est.*, 23.) — Des rechutes de fièvre typhoïde, par Blumenau. (*Wratch.* 5 décembre.) — La température dans la fièvre typhoïde, par Potain. (*Union méd.*, 10 septembre.) — Du foie dans la fièvre typhoïde, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd. Paris,* 12 décembre.) — Dermatite gangréneuse et purpura dans la fièvre typhoïde, par Marshall. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 189.) — Cholécystite phlegmoneuse à la suite de la fièvre typhoïde, bacille d'Eberth dans le pus, par Schlier. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 441.) — Des affections articulaires dans la fièvre typhoïde, par Freyhan. (*Berliner Klinik*, décembre.) — Deux cas de suppuration, thyroïdite et ostéomyélite consécutives à la fievre typhoïde et causées par le bacille d'Eberth, par Dupraz. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 1.) — Instruc-

tion du conseil de salubrité de la Seine sur les mesures à prendre contre la fièvre typhoïde. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 587, décembre.) — La méthode de Lister et la méthode de Brand pour le traitement de la fièvre typhoïde, par F. Wolf. (*Wien. med. Presse*, 38, p. 1421.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par les applications externes d'eau froide, par Ellett. (*Med. News*, 12 décembre.) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde (calomel), par F. de Simone. (*Riforma medica*, 5 décembre.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Coutenot. (*Revue gén. de clin.*, 42 et suiv.) — Laparotomie pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, par Van Hook. (*Med. News*, 21 novembre.)

Typhus.— Épidémie de typhus à Lekno, par Peters. (*Zeitschrift für Medicinalbeamte* et *Hygienische Rundschau*, I, 513, 1er juillet.)

U

Ulcère. — Trois cas d'ulcère gangréneux, par Mangano. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 4.) — Sur la cure radicale des varices contre les ulcères de jambes, par Cerné. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 698.) — Le traitement médical des ulcères variqueux de la jambe, par Éloy. (*Rev. gén. de clin.*, 46, p. 724.)

Urémie. — L'hyperthermie dans l'urémie, par Richardière et Thérèse. (*Rev. de méd.*, décembre.) — De l'urémie paralytique; essai de filiation entre les névroses et l'urémie, par Faure. (*Thèse de Lyon.*) — Deux cas d'urémie, par Delabrosse. (*Normandie méd.*, 1er décembre.) — Recherches sur l'urémie dans les fièvres, par Boulard. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Spasmes cloniques urémiques simulant le paramyoclomus, par Guizzetti. (*Sperimentale*, 15 octobre.) — Sur un cas de coma, par Jaccoud. (*Union médicale*, 21 novembre.)

Urètre. — Abcès para-urétral, par Fournier. (*Gaz. méd. Picardie*, novembre.) — De la tuberculose de l'urètre, par Ahrens. (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 2.) — Rétrécissement de l'urètre ; son traitement, par Bangs. (*Med. News*, 12 décembre.) — Rétrécissement de l'urètre; traitement par la dilatation et l'électrolyse, par Simmons. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 décembre.) — Sur l'évolution et le traitement des rétrécissements dus à une rupture incomplète de l'urètre périnéal, par Guyon. (*Mercredi méd.*, 23 décembre.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse, par J. Sumegh. (*Centr. f. d. gesammte Therapie*, juin.) — Du traitement de l'épispadias chez l'homme, par Rosenberger. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Un cas d'hypospadias périnéal guéri ; de la forme typique des fistules péniennes chez l'enfant, par Karewski. (*Ibid.*, XLII, 4.)

Urinaires (Voies). — Maladies de l'appareil urinaire, affections phlegmasiques, par Gouley. (*N. York med. Journ.*, 28 novembre.) — Pessaire contre l'incontinence d'urine chez les femmes âgées, par Weissgerber. (*Deut. med. Zeit.*, 58.) — De la pipérazine comme moyen de dissoudre les concrétions acides urinaires, par Brik. (*Wiener med. Blätter*, 3 décembre.) — Influence des fistules de l'urètre sur la sécrétion urinaire, par Schatz. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juillet.) — Des obstacles à la miction et de la rétention d'urine, par Alexander Peyer. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 15 novembre.)

Urine. — L'urine après la ligature des trois artères intestinales, par A. Slosse. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 482, 1890.) — Notes sur un cas de cystinurie, par Picchini et Conti. (*Sperimentale*, 15 septembre.) — Remarques sur l'acidité urinaire, par Métroz. (*Thèse de Lyon.*) — Du saccharomètre de fermentation, par M. Einhorn. (*Deutsche med. Woch.*, nº 13, p. 463.) — Recherches bactériologiques sur l'urine normale, par Enriquez. (*Soc. de biol.*, 21 novembre.) — De l'action de la force centrifuge sur les urines pour favoriser la précipitation des éléments figurés, par Litten. (*Berl. klin. Woch.*, 1er juin.) — Les phosphates dans l'urine ; propriétés physiques, chimiques et microscopiques ; physiologie, recherche et dosage, par H. Picard. (*France méd.*, 36.) — Présence du phosphate d'alumine dans l'urine, par Jamin et Girard. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, décembre.) — Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés, par Mairet et Bosc. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Dosage quantitatif de l'urée, par Bierwith. (*N. York med. Journ.*, 21 novembre.) — L'urobilinurie, par Legrain. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, décembre.) — Remarques sur les recherches de Viglezio sur la pathogénie de l'urobilinurie, par Gley. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

Urticaire. — Urticaire noueuse provoquée à volonté, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 710, 13 juillet.) — Pseudo-urticaire dermographique, par Chatelain. (*Journ. mal. cutan.*, p. 547.)

Utérus. — Anatomie, physiologie et anatomie de la portion vaginale de l'utérus, par Duhrssen. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 1 et 2.) — L'épithélium vibratile de l'utérus, par Krukenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 705, 13 juillet.) — Disparition des fibres élastiques du col utérin, par Duhrssen. (*Berl. klin. Wochens.*, 27 juillet.) — Sur la reproduction de la muqueuse de l'utérus, par Bossi. (*Arch. ital. de biol.*, XVI, 2 et 3.) — Étude critique et bibliographique sur quelques-uns des traitements de la subinvolution utérine, par Poulat. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Deux cas d'amincissement des parois de l'utérus ayant simulé une grossesse extra-utérine, par Engelmann. (*J. of americ. med. Assoc.*, p. 934, 12 décembre.) — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, par Cornil. (In-8°, 140 p., *Paris.*) — Déchirures et ulcérations du col utérin, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 27 novembre.) — De l'hélénine contre la leucorrhée, par Hamonic. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Sur un nouveau traitement de la métrite du col, par Touvenaint. (*Arch. de tocol.*, décembre, et *Bull. de thér.*, 15 décembre.) — Traitement de l'endométrite chronique, par Skutsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 705, 13 juillet.) — Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin, par Pichevin. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, et *Broch.*, *Clermont.*) — Parallèle entre le crayon de chlorure de zinc et le curettage dans le traitement des endomé-

trites, par Planta. (*Thèse de Montpellier.*) — Drainage de l'utérus dans la métrite et l'endométrite chronique avec ou sans salpingite, par Polk. (*N. York Acad. of med.*, 3 décembre.) — Anatomie des déplacements de l'utérus, par Schwyzer. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 1 et 2.) — Le prolapsus utérin, par Richelot. (*Union méd.*, 3 octobre.) — Des méthodes opératoires contre les déviations de l'utérus en arrière, par Dick. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Ærzte*, p. 732. 1er décembre,) — Traitement chirurgical des déplacements en avant de l'utérus, par Reed. (*J. of americ. med. Assoc.*, p. 892, 5 décembre.) — Traitement du prolapsus utérin, par Fehling. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Ærzte*, 1er juillet.) — Traitement chirurgical et traitement manuel du prolapsus utérin, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 décembre.) — La laparo-hystérorraphie avec prolapsus ou rétrodéviation de l'utérus (4 observations), par Asdale. (*J. amer. med. Assoc.*, 11 juillet.) — A propos du diagnostic et de la pathogénie des salpingites, par Nitot. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 12 mars.) — De l'hématosalpinx, par J. Veit. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 681, 6 juillet.) — Salpingites et salpingectomie, par Rivière. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 octobre.) — Traitement des suppurations pelviennes par l'ablation de l'utérus, opération de Péan, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.) — Des indications de la laparotomie sous-péritonéale dans le traitement des collections liquides de la trompe, par Picqué. (*Rev. gén. de clin.*, 45, p. 701.) — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale, par Quénu, Segond etc. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 633, 649.) — De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes, par Jacobs. (*Soc. belge de gyn.*, juillet, et *Arch. de tocol.*, décembre.) — Le traitement sous-péritonéal du pédicule après l'amputation sus-vaginale de l'utérus, par Catterina. (*Wien. med. Woch.*, 47.) — A propos de la castration utérine, par R. Pichevin. (*Médecine moderne*, 10 décembre.) — Du débridement de la vulve comme opération préliminaire de l'extirpation de l'utérus par le vagin, par Chaput. (*Soc. obst. et gyn. Paris*, 10 décembre.) — Le pédicule dans l'hystérectomie, par Stone. (*Americ. J. of obst.*, décembre.) — La rupture de l'utérus devant les tribunaux, par H. Fritsch. (*Deutsche med. Woch.*, 51.) — Étiologie et traitement de la rupture utérine, par Schultz. (*Orvosi Hetilap*, 15.) — Études histologiques et cliniques sur les modifications de la muqueuse dans les tumeurs utérines, par Curatulo. (*Ann. di ortop.*, 1.) — Utérus rcouveert sur sa face péritonéale de kystes multiples à épithélium vibratile, par Pfannenstiel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 757, 27 juillet.) — Le développement des fibromes utérins après la ménopause, par Johnson. (*Americ. J. of obst.*, décembre.) — Traitement de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, novembre.) — Trois cas de fibro-myomes utérins, par Inverardi. (*Sperimentale*, 30 novembre.) — Contribution à la pathogénie des cystomyomes ; cystomyome multiloculaire, bilatéral, symétrique, ayant oblitéré la portion utérine des trompes de Fallope, par Baraban. (*Rev. méd. de l'Est.*, 20.) — Du massage de l'utérus dans le cas de fibro-myomes intrapariétaux, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes,* novembre.) — Extirpation d'un fibro-myome utérin de 10,820 grammes guérison. Fibro-myome fluctuant (œdémateux) de la paroi postérieure ; laparotomie ; amputation sus-vaginale de l'utérus et des annexes, par A. Ceci. (*Morgagni*, p. 708, novembre.) — Du traitement intrapéritonéal du pédicule dans la myomectomie, par Zweifel. (*Arch. f. Gynæk.*, XLI, 1 et 2.) — Amputation sus-vaginale de l'utérus gravide myomateux, par A. Hauser. (*Arch. f. Gynæk.,* XLI, 1 et 2.) — Du sarcome de l'utérus, par Geisler. (*Thèse de Berlin.*) — Diagnostic précoce du cancer utérin, par G. Winter. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 809, 17 août.)

— Diagnostic du cancer du corps de l'utérus, par HOFMEIER. Même sujet, par LÉOPOLD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 626, 22 juin.) — Du cancer primitif du corps de l'utérus : diagnostic précoce ; traitement curatif, par BISCH. (*Thèse de Lyon.*) — Action du salol contre l'odeur fétide dans le cancer de l'utérus, par MARTY et DE PLOWECKI. (*Gaz. méd. chir. Toulouse,* 20 mars.) — Du curettage employé comme méthode de traitement dans le cancer de l'utérus, par CUELLAR. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, novembre.) — Sur l'usage de l'aristol dans le cancer du col de l'utérus, par E. ARCOLEO. (*Riforma medica*, 10 octobre.) — De l'indication opératoire dans deux cas de cancer utérin, par R. PICHEVIN. (*Médecine moderne*, 5 novembre.) — Contribution à l'hystérectomie pour cancer, par TH. ŒHNINGER. (*Thèse de Zurich*, 1890, et *Correspond.-Blatt. f. schweizer Ærzte*, p. 379, 1891.) 10 cas opérés par WYDER. — L'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin, par RICHELOT. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 617.)

V

Vaccin. — Une nouvelle méthode de vaccination, par FISCHHOF. (*Gyogyaszart*, 34.) — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne sur la vaccination et la revaccination. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, p. 337, 1er juin.) — Sur la transformation des virus à propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole, par CHAUVEAU. (*Bull. Acad. méd.*, 20 oct.) — A quoi est due la difficulté de la transplantation de la lymphe animale pure d'animal à animal, par FISCHER. (*Münch. med. Woch.*, p. 661). — Recherches pour l'obtention de l'immunité artificielle à la vaccine, résultats négatifs, par JANSON. (*Centralbl. für Bakt.*, X, 2.) — Un cas de vaccination d'enfant avec le variolo-vaccin à la 6e génération, par THOMAS. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 432, juillet.) — Résultats des revaccinations dans les écoles communales de Saint-Ouen, par DUBOUSQUET et JAZEWICZ (*Bull. soc. Méd. prat.*, 1er nov.) — Sur la vaccination obligatoire, par GIRARD. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, p. 411, 1er juillet.) — De la blépharite vaccinale, par E. PEIPER. (*Centralbl. für klin. Med.*, 37.) — Des méthodes propres à obtenir l'immunité, par BUCHNER. (*Cent. f. Bakt.*, X, 22.) — De l'immunité naturelle et acquise, par SCHWARZ. (*Wien. med. Wochensch.*, 52.

Vaisseau. — De la suture des vaisseaux, par JASSINOWSKY. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.)

Vagin. — Anomalie du vagin, par NIEBERDING. (*Sitzberichte phys. med. Ges. Würzburg*, 5.) — Des sécrétions et des germes du vagin, par DŒDERLEIN. (*Berlin. klin. Wochen.*, n° 52, p. 626, 22 juin 1891.) — Kystes du vagin, étiologie, symptômes, traitement par RUTHERFOORD. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIII, p. 354.) — Sarcome primitif du vagin, par GOW. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 97.)

Varicelle.— Nosologie de la varicelle, par Galvagno. (*Arch. ital. di pediatria*, nov.)

Variole. — Morbidité et mortalité de la variole dans l'empire d'Allemagne en 1889, par Raths. (*Arbeiten aus dem. kaiserlichen Gesundheitsamte*, VII, 1891 et *Annales d'hyg. publ.* XXV, p. 508, juin.) — Épidémie de variole dans le sud de l'Afrique, par Junod. (*Revue méd. Suisse romande*, décembre, p. 771.) — Anatomie des pustules de variole et de vaccine, par Buri. (*Monasts. f. Dermat.*, XIV, 1.) — De la variole hémorragique, par Spehl. (*Journal de méd.*, *Bruxelles*, 5 oct.) — Traitement de la variole, par Du Castel. (*Revue gén. de Clin.*, 36 et 37.)

Veine. — Muscles et valvules de la veine-porte, par Kœppe. (*Archiv für Anat. und. Physiol.*, Supplem. Band, 1890, p. 168.) — Nerfs moteurs de la veine-porte, par F.-P. Mall. (*Ibid.*, Suppl. Band, 1890, p. 57.) — Bruits et souffles veineux du cou, leur signification physiologique et clinique, par Sydney Ringer et Sainsbury. (*Lancet*, 28 nov.) — Période préoblitérante de la phlébite des cachectiques, par Vaquez. (*Soc. de biol.*, 19 décembre, et *Bull. méd.*. 20 déc.) — Varices des membres inférieurs et des veines sous cutanées abdominales, par Phocas. (*Bull. méd. Nord*, 17.) — Traitement des varices, par Landerer (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.) — Extirpation de la veine saphène dans les varices et ulcères du pied, par Matlakowski (*Nowiny lekarskie*, 10.) — Traitement des varices ulcérées du membre inférieur, par Braun. (*Orvosi hetilap*, 11.) — *Idem*, par Fejer. (*Ibid.* 34.)

Vessie.— De la régénération de la vessie urinaire. par Schwarz. (*Sperimentale*, XLV, 5 et 6.) — Traitement du catarrhe chronique de la vessie, par Grube. (*Med. obozrenie*, XXXVI, 20.) — De la cystite tuberculeuse et de son traitement par l'iodoforme, par Talayrac. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tuberculose vésicale, traitement général et local par l'iodoforme, amélioration, par Petit. (*Ann. polyclin.*, *Bordeaux*, II, 3.) — Calcul enkysté dans la vessie, six cas, par Clarke. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 117.) — Calculs vésicaux en tête de pipe, par M. Nitze. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 822, 17 août.) — Hernie vésicale adhérente au sac d'une épiplocèle fémorale. Blessure de la vessie pendant la kélotomie ; cystorrhaphie. Mort par abcès fécal provenant d'une ulcération dysentérique du gros intestin, par P. Güterbock. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 688, 6 juilet.) — Perforation de la vessie, d'origine inconnue, par Thiercelin. (*Bull. soc. Anat.*, *Paris*, oct.) — De la rupture de la vessie, par Schlange (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Sur la chirurgie intravésicale, par Nitze. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, déc.) — Opération pour cystite tuberculeuse ; abcès périnéphrétique fistuleux consécutif ; guérison des troubles vésicaux depuis 4 ans, par J.-L. Reverdin. (*Rev. médic. Suisse romande*, décembre, p. 772.) — Influence des mouvements imprimés aux opérés pour la prise des calculs vésicaux et de leurs fragments pendant la lithotritie, par Horteloup. (*Bull. soc. de Chir.* , XVII, p. 692.) — Des dangers de la ponction hypogastrique dans les rétentions d'urine ; de la cystotomie suspubienne, par Poncet. (*Mercredi méd.*, 4 nov.) — Sur la réunion complète par première intention après la taille hypogastrique dans les tumeurs de la vessie, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — Calculs pros-

tatiques et vésicaux. Extraction par la taille; guérison, par Balade. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 22 nov.) — Taille hypogastrique pour un calcul à centre formé par un fil d'argent, du drainage vésical après la taille, par Hartmann. (*Ann. de gynéc.*, déc.) — De l'extirpation de la vessie, par Pawlik. (*Wien. med. Woch.*, 45.)

Vin. — Règles de l'analyse des vins, par Frésénius et Haas. (*Chem. Ztg.*, *IV* et *Hyg. Rundsch.* I, 575, 15 juillet

X

Xanthome. — Xantome des diabétiques, par Morris et Clarke. (*London path. Soc.*, 15 déc.)

Z

Zona. — Du zona diabétique, par Vergely. (*Progrès méd.*, 26 sept.) — Note pour servir à l'étude du zona des muqueuses, par H. Fournier. (*Journ. des mal. cut.*, août.) — Adénopathie zostérienne, par Barthélemy. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 nov.)





